

**O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA PARA UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO
POSITIVA**

Mafalda Azeredo Dantas da Gama

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica

**O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA PARA UMA
EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA**

THE CONTRIBUTION OF MIDWIFE TO A POSITIVE
BIRTH EXPERIENCE

Relatório de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Maria Vitória Barros
de Castro Parreira

Mafalda Azeredo Dantas da Gama

Porto, 2019

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório constitui o final de uma etapa muito importante e decisiva no meu crescimento pessoal e profissional, cuja conclusão só foi possível devido à contribuição de inúmeras pessoas, tendo essa ajuda sido determinante para prosseguir e concretizar este projeto.

À minha orientadora, Professora Maria Vitória Parreira, pelo seu apoio, incentivo, orientação e dedicação prestada, assim como pelas importantes críticas e sugestões durante a orientação, tendo sido crucial para o sucesso do meu percurso.

À Professora Marinha Carneiro, coordenadora do curso, pela compreensão e disponibilidade ao longo destes dois anos de curso.

À Enfermeira Paula Miller, pelo acompanhamento, encorajamento e por estar sempre disponível para qualquer assunto.

Às Enfermeiras Especialistas: Mónica Correia, Ana Sofia Soares e Maria José Correia, minhas tutoras dos estágios, pelo acolhimento, pelo ensino e pela paciência necessária para o meu desenvolvimento profissional no processo de aquisição de competências específicas na área de saúde materna e obstétrica.

Aos restantes Enfermeiros, Enfermeiros chefes e restante equipa multidisciplinar, pelo apoio e excelentes condições de trabalho que me proporcionaram, sem os quais não seria possível a concretização das experiências relatadas neste relatório.

A todos os Professores, que ao longo do curso, contribuíram de alguma forma para a minha formação na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica.

À minha Mãe e ao meu Pai, pelo apoio incansável, por acreditarem em mim mais do que eu própria e por me ajudarem a ser quem sou. Por me incentivarem sempre a ser melhor em tudo o que faço e sobretudo a ser feliz.

Ao Zé Maria, por ter estado sempre ao meu lado, pelo carinho e incentivo permanente nesta longa caminhada. Pelo seu exemplo de vida e exemplo de pessoa que é e, por me fazer feliz todos os dias.

A todas as grávidas, mulheres, casais e recém-nascidos, com os quais me cruzei nesta longa caminhada, que permitiram que eu pudesse desenvolver e adquirir competências.

SIGLAS E ABREVIATURAS

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

bpm – Batimentos Por Minuto

CMIN – Centro Materno Infantil do Norte

cm – Centímetro

CTG – Cardiotocografia

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HTA – Hipertensão Arterial

IB – Índice de Bishop

NE – Nível de Evidência

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PPT – Parto Pré-Termo

RN – Recém-nascido

SGB – Streptococcus do Grupo B

TP – Trabalho de Parto

UI – Unidade Internacional

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

O presente relatório de estágio de natureza profissional visa descrever as atividades desenvolvidas ao longo dos módulos “Gravidez com complicações”, “Trabalho de parto e parto” e “Autocuidado no pós-parto e parentalidade”, de forma a demonstrar as competências específicas adquiridas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, de acordo com o regulamento do ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, para obtenção do grau de mestre.

A sua construção tem como base a descrição do processo de conceção de cuidados, da atividade diagnóstica e das respetivas intervenções no âmbito do planeamento dos cuidados à mulher, casal, recém-nascido e família, que visou a promoção da saúde para a transição de uma parentalidade positiva e, fundamentá-las com base em evidências científicas mais atuais. Deste modo, este relatório tem como objetivo relatar as intervenções em cuidados especializados, assim como as experiências vividas ao longo do estágio. Para além disso, emergiu a necessidade de contribuir para a construção de um corpo de conhecimento consolidado e baseado em evidências científicas que potenciam o exercício profissional. Surgiu assim a questão de quais as intervenções que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica pode realizar para tornar uma experiência de parto positiva para a mulher/casal, devido ao medo do parto e às experiências menos positivas relatadas pelas mulheres que connosco partilharam as suas vivências, ao longo deste estágio.

Os resultados obtidos da revisão integrativa da literatura incluem: o apoio e a presença do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, cuidados centrados na pessoa, promoção do controlo e tomada de decisão sobre o trabalho de parto e parto pela mulher, promoção da presença e apoio do companheiro à mulher e alívio da dor.

Porém, conclui-se que outros estudos devem ser feitos nesta área, de forma a contribuir para intervenções e condutas adequadas face às necessidades em cuidados especializados e individualizados. Depois da análise e reflexão feita sobre o percurso formativo, chegou-se à conclusão que os objetivos foram alcançados e que permitiu um crescimento profissional e pessoal muito gratificante.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; Competências; Parto; Experiência Positiva.

SUMMARY

This professional internship report aims to describe the activities throughout the "Pregnancy with complications", "Labour and birth" and "Postpartum and parenting self-care" internships in order to demonstrate the specific skills which have been acquired in midwife necessary to obtain the master degree, according to the cycle of studies of Escola Superior de Enfermagem do Porto.

The development of this report is based on the description of the care planning process, the diagnostic activity and the corresponding intervention in the woman, couple, new-born and family care planning, aiming at health promotion in the transition to a positive parenting and being based on more current scientific sources. Thus, this report is about the interventions in specialized care, as well as all the experiences throughout the internship. In addition, there was also the need to contribute to the construction of a consolidated body of knowledge based on scientific evidence that enhances the professional practice. So, the question was what actions can be taken by the midwife to make a positive childbirth experience for the woman/ couple due to the fear of the childbirth and the less positive experiences that women shared with us throughout the internship.

The results obtained include: support and presence of the midwife, person-centred care, promotion of control and decision-making during labour and delivery by the woman, promotion of the companion's presence and support to the woman and pain relief.

However, it is concluded that some other studies should be done in this area in order to contribute to appropriate interventions and behaviours, in view of the specialized and individualized care needs. After analysing and reflecting on the training course, one can conclude that the objectives were achieved and leading to a very rewarding professional and personal growth.

Keywords: Midwife; Skills; Childbirth; Positive Experience.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. CONTEXTUALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO	21
1.1. Desenvolvimento de competências na área de gravidez com complicações.....	22
1.2. Desenvolvimento de competências na área de trabalho de parto e parto	32
1.3. Desenvolvimento de competências na área do autocuidado no pós-parto e parentalidade.....	57
2. O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA PARA UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA	69
2.1. Contextualização da temática	70
2.2. Metodologia	71
2.3. Apresentação dos resultados	73
2.4. Discussão dos resultados	82
2.5. Conclusão.....	95
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	97
CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Grávidas alvo de cuidados e vigilância	32
Figura 2: Partos eutócicos realizados.....	56
Figura 3: Partos assistidos.....	56
Figura 4: Puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância	68

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Definição da pergunta segundo o esquema PICO	72
Tabela 2: Análise dos artigos selecionados.....	75

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio de natureza profissional, faz parte integrante, como um requisito do plano de estudos do 2º ano do Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, referente ao ano letivo de 2018/2019. Este relatório tem como objetivo descrever e sistematizar as atividades desenvolvidas no âmbito dos estágios de Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto e Autocuidado no Pós-parto de forma crítica e reflexiva, com base em evidência científica e para obtenção e evolução de competências profissionais preconizadas pelo regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) da Ordem dos Enfermeiros (2011).

A Ordem dos Enfermeiros (2011) define o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica, nas áreas de gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e pós-parto, como o enfermeiro que cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto e período pós-natal. Para além disto, o EESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, sendo estas aquelas que estão envolvidas em processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Assume, também, intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Ao longo deste percurso formativo surgiu, também, a necessidade de investir numa área que nos suscitou interesse, por se apresentar como uma área problemática que carecia de ser estudada, face aos relatos de experiências menos positivas de mulheres que connosco partilharam as suas vivências, ao longo deste estágio. A opção metodológica foi realizar uma revisão integrativa da literatura. Também permitiu problematizar as práticas, através de uma vertente de investigação, com ênfase numa temática de interesse, para um processo de tomada de decisão baseado em evidências científicas e, no sentido de sustentar uma mudança de paradigma na prestação de cuidados referentes ao parto normal. Deste modo, elaborámos uma questão orientadora: “Quais as intervenções que o EESMO pode realizar para uma experiência de parto positiva?”

O parto é dos eventos mais marcantes da vida de uma mulher e da sua família (Dahlberg, et al., 2017; Karlsdottir, Sveinsdottir, Kristjansdottir, Aspelund, & Olafsdottir, 2017). A experiência de parto tem implicações a longo prazo para a saúde e bem-estar da mulher e, consequentemente na vida do recém-nascido (RN) (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015). À medida que as experiências negativas de parto aumentam, é necessário que os profissionais de saúde reflitam, analisem e repensem como as mulheres podem estar melhor preparadas para o trabalho de parto e parto (Lennon, 2018). Assim, a experiência de parto positivo é um desfecho significativo para todas as mulheres (World Health Organization, 2018).

O interesse pelo objeto em estudo emergiu do princípio de que o parto tem um impacto e um potencial enorme para a saúde da mulher. Deste modo, optámos por estudar este problema, de forma a estabelecer um contributo para a prática de uma enfermagem sensível às necessidades específicas de cada mulher/casal, com o intuito de facilitar o processo de parto e, fundamentar a nossa tomada de decisão, centrado na prática baseada na evidência.

Partimos da premissa que os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica têm um papel fundamental para ajudar e contribuir para que as mulheres tenham uma experiência positiva de parto. A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe um modelo global de assistência intraparto que associe todos os domínios da estrutura de qualidade de atenção para a saúde materna e neonatal, colocando a mulher e o seu recém-nascido no centro da prestação de cuidados (World Health Organization, 2018).

Neste contexto, os objetivos da realização deste relatório incluíram: refletir sobre o desenvolvimento de competências no processo de cuidados que permitem a assistência especializada à mulher, casal e família nas diferentes áreas do cuidado em saúde materna e obstétrica; problematizar as práticas através da sua fundamentação teórica com base no desenvolvimento do conhecimento científico; demonstrar competências no domínio da investigação científica contribuindo para a construção e desenvolvimento do conhecimento em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

No sentido de dar resposta aos objetivos delineados e facilitar a leitura das atividades desenvolvidas, que contribuíram para o processo de aquisição de competências, o presente relatório encontra-se estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo é realizada a descrição do percurso acerca do projeto individual, contextualizando no âmbito dos objetivos de estágio, bem como as estratégias utilizadas para a concretização deste estágio profissional, referindo-se às atividades desenvolvidas nos diferentes módulos do estágio de

natureza profissional com relatório final, para aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. No segundo capítulo é apresentado a construção e os resultados do estudo realizado sob uma revisão integrativa da literatura que visa o contributo do EESMO para uma experiência de parto positiva. No terceiro e último capítulo, realiza-se uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio de natureza profissional, referente ao percurso da aquisição de competências do EESMO, das experiências vivenciadas e do desenvolvimento pessoal.

Em suma, este relatório descreve as intervenções implementadas para a aquisição das competências, uma análise reflexiva sobre os resultados obtidos suportada na evidência científica atual, através de uma vasta pesquisa bibliográfica. Assim, para a execução deste relatório, recorreremos à pesquisa em bases de dados eletrónicas nacionais e internacionais, designadamente através do motor de busca EBSCOHost Web nas seguintes bases de dados: Academic Search Complete, CINAHL Complete, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews e Cochrane Database of Systematic Reviews. Além disso, pesquisámos evidência científica atual em literatura cinzenta tal como: (livros e artigos de revistas científicas em enfermagem, enfermagem de saúde materna e obstétrica e em investigação).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Este estágio de cariz profissional realizou-se no Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) de setembro de 2018 a julho de 2019. Decorreu em unidades de cuidados diferentes, sob uma dinâmica modular em diferentes serviços: grávidas de risco, puerpério e núcleo de partos. Cada local possuía a sua especificidade e tinha como objetivo assegurar cuidados de saúde diferenciados à mulher grávida de risco, parturiente e puérpera, com base nos cuidados personalizados, de acordo com o Modelo de Cuidados Global Intraparto Centrados na Pessoa de McCormack & McCance (2011), de forma a garantir a excelência e melhoria dos cuidados.

Este capítulo pretende descrever o percurso formativo ao longo do estágio e de forma a torná-lo mais explícito, delineámos as estratégias e os objetivos a atingir, tendo em conta as linhas orientadoras preconizadas no guião de estágio.

De acordo com o estipulado no plano de estudos do 2ºano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, são objetivos deste estágio:

- Demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família na gravidez com complicações; durante o trabalho de parto e no parto; no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco;
- Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- Operacionalizar competências de análise e síntese inerentes à elaboração do relatório final.

Neste sentido, as competências do EESMO estiveram na base para a prática reflexiva ao longo de todo o estágio. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista distingue três tipos de competências: competências comuns, são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, que são demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria; as competências específicas, decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e, do campo de intervenção definido para cada

área de especialidade, demonstradas através de um grau elevado de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas; competência acrescida, diz respeito aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, levando a novos campos de atuação do exercício profissional autónomo (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Desde o início, tivemos uma preocupação transversal em validar as nossas ações, não só em relação aos conhecimentos pré-adquiridos, mas também pela busca sistemática em bases de dados científicas para fundamentar a nossa prática, não só na área da enfermagem e obstétrica, mas também, entre outras, nas áreas das ciências biomédicas e ciências sociais. Concomitantemente, esta busca sistemática, permitiu delinear estratégias que suportassem a prática clínica, com base na evidência científica mais recente. Outra orientação que procurámos respeitar foi o recurso aos protocolos de atuação, existentes nos respetivos serviços do CMIN.

Nos próximos subcapítulos serão contextualizados e enfatizados os conhecimentos e a teoria adquirida durante o estágio, assim como serão explanadas as atividades e experiências vividas durante a prática clínica. Será aqui relatada e refletida a aquisição e desenvolvimento das atividades desenvolvidas para mobilizar e consolidar as aptidões técnico-científicas referentes às competências específicas do EESMO, na prestação dos cuidados especializados à mulher e família durante o período pré-natal, trabalho de parto e parto e pós-natal. Os subcapítulos estão assim organizados em: desenvolvimento de competências na área de gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e do autocuidado no pós-parto e parentalidade.

1.1. Desenvolvimento de competências na área de gravidez com complicações

O módulo de estágio “Gravidez com Complicações” teve início no dia 11 de setembro de 2018 e terminou no dia 14 de dezembro de 2018. Este módulo teve como objetivos gerais “conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez”, assim como “cooperar com outros profissionais nos cuidados à mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e ou concomitante” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O presente estágio caracterizou-se pelo desenvolvimento e aquisição de um diverso conjunto de competências técnico-científicas, necessárias à implementação de cuidados especializados à mulher grávida com patologia associada à gravidez. Tornou possível a reflexão sobre o impacto da patologia durante a gravidez, assim como a reflexão da importância dos cuidados especializados, nomeadamente cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. Para além disto, permitiu mobilizar conhecimentos para dar resposta à necessidade de cuidados individualizados. A adoção da visão holística foi essencial de forma a garantir a qualidade e personalização dos cuidados no âmbito dos focos de atenção, diagnósticos e intervenções específicas, no domínio do aconselhamento, orientação, instrução, auxílio na adaptação às alterações fisiológicas da gravidez e, no apoio à grávida e família.

Segundo Saviani-Zeotim F. & Petean (2015), a gravidez é um acontecimento considerado biologicamente natural, no entanto é um período de importante vulnerabilidade emocional em que são vivenciados sentimentos ambivalentes. É uma fase de transição que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, principalmente no que diz respeito à mudança de identidade e uma nova definição de papéis. Com a presença de um diagnóstico de gravidez de risco esta transição é afetada. Os mesmos autores afirmam que uma gravidez de risco é aquela cuja probabilidade de se verificar um desfecho adverso na vida ou na saúde da mãe e do feto é maior em comparação com a população em geral. Este diagnóstico é por si só causador de ansiedade e de medo, sendo que a situação de internamento a que as grávidas estão submetidas, gera um stresse adicional, pois estas mulheres sentem-se incapazes de realizar as tarefas que normalmente realizavam, aumentando a insatisfação pelo momento que estão a vivenciar.

No início deste estágio foram delineados objetivos no sentido de dar resposta a uma prática de cuidados especializada à mulher/família, nas diferentes áreas do cuidado em Saúde Materna e Obstétrica. Problematicar as práticas através de um pensamento crítico, e fundamentado com base no conhecimento científico; refletir sobre os focos de atenção e fundamentar com base na evidência científica, o planeamento de diagnósticos, intervenções e resultados esperados, em cada área do cuidado especializado, ou seja identificar e monitorizar desvios padrão de adaptação à gravidez preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2011).

Ao longo do estágio pudemos prestar cuidados especializados a grávidas com diferentes patologias e complicações obstétricas, sendo as mais frequentes: Ameaça de Parto Pré-

Termo (APPT), Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU), diabetes gestacional, doenças hipertensivas e colestase intra-hepática da gravidez. Deste modo, as principais intervenções de enfermagem adotadas perante estes diagnósticos foram a monitorização do estado de saúde da grávida, assim como a monitorização do bem-estar fetal, escuta ativa, apoio emocional e também educação para a saúde.

A Ameaça de Parto Pré-Termo é definida pelo aparecimento de contratilidade uterina regular e dolorosa, produzindo alterações no colo uterino antes da 37ª semana de gestação. Essas alterações podem ser o afunilamento, o apagamento e/ou a dilatação do colo uterino (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016). Considera-se Parto Pré-Termo (PPT) aquele que ocorre entre a 22ª semana e a 37ª semana de gestação, sendo a principal causa de morbilidade e mortalidade perinatal. Na presença de PPT, a sintomatologia é idêntica à APPT, no entanto, já há dilatação e extinção cervical (Montenegro, Rodrigues, Ramalho, & Ayres de Campos, 2014). Tendo em conta a idade gestacional, as atitudes terapêuticas adotadas pela instituição têm por base a tocolíse, a corticoterapia, a neuroprotecção fetal, a antibioterapia profilática e o repouso.

Relativamente à terapêutica, o protocolo utilizado no CMIN passou pela administração de medicação tocolítica, para a diminuição das contrações uterinas, interrompendo ou atrasando o progresso do trabalho de parto (Sentilhes, et al., 2016; The National Institute for Health and Excellence, 2015). O tocolítico utilizado como primeira linha era a nifedipina, sendo um bloqueador dos canais de cálcio. Este era administrado por via oral, sendo o fármaco de eleição pela sua relação custo-benefício, assim como a baixa incidência de efeitos secundários. Perante isto, a tensão arterial era avaliada antes e após a administração, pelo risco de hipotensão materna (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016). Houve situações em que a prescrição médica oscilava entre a nifedipina e o atosiban. Este é um antagonista do recetor da ocitocina e é administrado por via endovenosa (The National Institute for Health and Excellence, 2015).

A administração de corticoides está associada a uma diminuição significativa durante o período neonatal da doença da membrana hialina, hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante, infeção sistémica e mortalidade neonatal e, possivelmente, a longo prazo, na paralisia cerebral e no aumento dos resultados de desenvolvimento psicomotor e na sobrevida sem sequelas (Sentilhes, et al., 2016). A betametasona, é o glucocorticoide mais utilizado na instituição, sendo que era por nós administrada duas doses de 12mg via intramuscular, com um intervalo de 24 horas (Sentilhes, et al., 2016; The National Institute

for Health and Excellence, 2015). A indicação para a administração de ambos é em casos de gestações entre as 24 e as 34 semanas em situação de trabalho de parto pré-termo espontâneo (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016). Antes da administração dos fármacos, tivemos o cuidado de explicar à grávida/ casal os efeitos terapêuticos e efeitos colaterais da própria administração, reforçando que é normal a variabilidade diminuída da frequência cardíaca fetal na cardiotocografia e a diminuição dos movimentos fetais durante 4 a 7 dias (Sentilhes, et al., 2016).

A evidência científica comprova as vantagens do uso do sulfato de magnésio associado a menores morbidades neurológicas, nomeadamente a paralisia cerebral nos recém-nascidos. Pudemos verificar que a prescrição e a administração deste fármaco era feita de acordo com as recomendações atuais (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016). Para gestações singulares e múltiplas era, também, recomendado em grávidas com idade gestacional entre as 24 semanas e as 31 semanas + 6 dias, que apresentassem trabalho de parto pré-termo ou com risco de parto iminente (probabilidade de ocorrer num período de tempo inferior a 24 horas) (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016).

Tivemos oportunidade de cuidar, também, de mulheres com rutura prematura de membranas que entravam em trabalho de parto pré-termo e que apresentavam um risco de infeção elevado. Pois, a rutura prematura de membranas é um fator de risco importante para uma infeção intrauterina ou corioamnionite, podendo ser a causa de sépsis materna, potenciar a principal causa de morte materna e um dos principais contribuintes para a morbilidade neonatal, como a pneumonia, ou mortalidade neonatal. Assim, pudemos verificar que eram prescritos antibióticos profiláticos a grávidas com rutura prematura de membranas, na profilaxia de estreptococos do grupo B e na (suspeita) infeção intramniótica. A ampicilina juntamente com a gentamicina são os antibióticos escolhidos. No caso de alergia à penicilina, os fármacos utilizados eram a eritromicina e a gentamicina (Sentilhes, et al., 2016; The National Institute for Health and Excellence, 2015).

Uma das intervenções que realizámos foi o encorajar, apoiar e assistir a mulher no repouso absoluto. Embora a evidência científica demonstre que pode causar várias complicações como: quadros tromboembólicos, atrofia muscular e perda de massa óssea, bem como que não está comprovada a sua eficácia, continuamos a confrontarmo-nos com uma intervenção resultante de prescrição, pois era uma prescrição e prática corrente, durante o internamento de uma grávida com um diagnóstico de APPT. Deste modo, foi importante apoiar as grávidas na adaptação ao repouso no leito, quer seja este relativo ou absoluto, aconselhando-as a

adotar preferencialmente o decúbito lateral esquerdo, para favorecer a oxigenação fetal e a redução da pressão no colo do útero, bem como apoiar na realização de exercícios passivos de mobilidade articular, caso fosse permitido, como exercícios de repouso, exercícios dos membros inferiores, exercícios respiratórios, alongamento de peitorais e exercícios de pés (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016).

Outra experiência significativa neste processo de formação foi a oportunidade de delinear intervenções a grávidas com a complicação de Restrição de Crescimento Intrauterino. Esta, é definida como uma significativa redução no crescimento fetal resultando num peso menor que o percentil 10 para a idade gestacional (Levine, et al., 2015). Os fetos que apresentam uma restrição de crescimento, evidenciam um elevado risco de mortalidade e morbidade a curto e a longo prazo (Montenegro, Rodrigues, Ramalho, & Ayres de Campos, 2014). Segundo Levine et al. (2015), estima-se que a RCIU ocorra em 5% a 7% de todas as gravidezes. No entanto, é importante distinguir recém-nascidos que são pequenos para a idade gestacional e aqueles que verdadeiramente apresentam RCIU. Esta complicação da gravidez, em geral, é causada por uma insuficiência placentária, estando associada a um índice de pulsatilidade anormal da artéria umbilical, na ultrassonografia fetal.

De acordo com os autores Sharma, Shastri, & Sharm (2016) e Montenegro, Rodrigues, Ramalho, & Ayres de Campos (2014), os fatores de risco associados à RCIU são: fatores maternos, que incluem doenças maternas como a hipertensão arterial, doença pulmonar restritiva, diabetes mellitus com vasculopatia, cardiopatia cianótica, trombofilias, entre outras, RCIU ou descolamento da placenta normalmente inserida, numa gravidez anterior e malnutrição grave; fatores fetais como as anomalias genéticas; fatores placentários, que abarcam a placenta prévia, o descolamento da placenta normalmente inserida e a inserção marginal ou velamentosa do cordão umbilical; fatores extrínsecos, como hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumo de drogas, infecções e exposição a agentes teratogênicos; gravidez múltipla. Pudemos constatar, também, que para a maturação fetal o fármaco de eleição utilizado era a corticoterapia, assim como, a neuroprotecção antenatal com sulfato de magnésio.

Face ao exposto, as nossas intervenções tiveram como objetivo principal a promoção de estilos de vida saudáveis, a vigilância materno-fetal através da monitorização cardiotocográfica, vigilância dos sinais vitais, em colaboração com a equipa médica relativamente ao perfil biofísico fetal e identificação correta da idade gestacional (American

College of Obstetricians and Gynecologists, 2013; Montenegro, Rodrigues, Ramalho, & Ayres de Campos, 2014).

No decorrer do estágio também tivemos a oportunidade de prestar cuidados a grávidas com diabetes gestacional. Esta define-se como o aparecimento de níveis mais elevados de glicose no sangue do que os esperados durante a gravidez e surge quando a glicose na circulação sanguínea não consegue ser removida de forma eficiente para dentro das células do organismo (Inácio, 2016). Um valor da glicemia em jejum superior ou igual a 92 mg/dl (5,1 mmol/l), mas inferior a 126 mg/dl (7,0 mmol/l), determina o diagnóstico de diabetes gestacional, não sendo necessária a prova de tolerância à glicose oral (Almeida, Dorés, & Ruas, 2017). Segundo os autores Almeida, Dorés, & Ruas (2017), The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (2015) e National Institute for Health and Care Excellence (2015), a diabetes gestacional apresenta efeitos secundários maternos:

- Na gravidez: aborto espontâneo, doença hipertensiva, crescimento fetal excessivo, hidrâmnios e infeções do trato urinário;
- No parto: parto pré-termo, parto traumático, parto instrumentalizado, cesariana, infeções pós-parto, hemorragia, tromboembolismo, morbilidade e mortalidade materna;
- A longo termo: retenção de peso, diabetes gestacional numa gravidez futura, desenvolvimento de diabetes e desenvolvimento de doença cardiovascular futuramente.

As grávidas que apresentam sintomatologia devido a uma diabetes gestacional, podem apresentar sintomas como: aumento da sede, fadiga, náuseas e vômitos, visão turva, perda de peso, micções frequentes e infeções (The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), 2015). Assim, o nosso objetivo perante este diagnóstico foi a normoglicemia, no sentido de potenciar uma situação que propiciasse um recém-nascido de termo com um peso adequado, sem distúrbios respiratórios e sem malformações estruturais. Para além de desenvolvermos intervenções resultantes de prescrição, desenvolvemos intervenções autónomas, já que no domínio preventivo alguns parâmetros faziam parte das nossas competências, nomeadamente, o controlo de peso, a vigilância da acuidade visual e dos reflexos periféricos (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016). Colaborámos, ainda, instruindo na implementação de um plano alimentar personalizado, proposto por um nutricionista/dietista, que fazia parte da equipa multidisciplinar do serviço e, na orientação da atividade física, durante 30 minutos diários, sobretudo no período pós-prandial, como um

tratamento terapêutico, não farmacológico. Relativamente às atividades resultantes de prescrição desenvolvemos intervenções como instruir e ensinar sobre o tratamento farmacológico, tal como ensinar sobre a toma dos antidiabéticos orais e/ou insulina (todos os tipos e os cuidados a ter), além de termos administrado estes fármacos para tratar esta patologia (Almeida, Dorés, & Ruas, 2017; The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), 2015; National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

Outra das situações que encontramos com alguma regularidade foram grávidas internadas, portadoras de doenças hipertensivas. Segundo The International Federation of Gynecology and Obstetrics (2016), a hipertensão associada à gravidez constitui uma causa mais importante de morbilidade e mortalidade materna e perinatal, referindo-se também à resolução do problema, o desencadear do parto.

Durante este módulo de estágio foi possível planear e prestar cuidados a grávidas com o diagnóstico de Hipertensão Arterial (HTA) crónica, gestacional e pré-eclâmpsia. A hipertensão é definida por valores de tensão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de tensão arterial diastólica ≥ 90 mmHg em, pelo menos, duas medições distintas e com intervalo de quatro horas entre elas. A hipertensão crónica é aquela que é diagnosticada antes da gravidez ou antes das 20 semanas de idade gestacional (Brown, et al., 2018; Druzin, Shields, Peterson, & Cape, 2013; FIGO, 2016; World Health Organization, 2017). No entanto, há autores que referem que é aquela que é diagnosticada após as 20 semanas de idade gestacional, mas persiste além das 12 semanas pós-parto (Druzin, Shields, Peterson, & Cape, 2013; World Health Organization, 2017). A hipertensão gestacional surge pela primeira vez após as 20 semanas de idade gestacional e normaliza até às 12 semanas pós-parto. Este tipo de patologia pode progredir para pré-eclâmpsia. A pré-eclâmpsia é definida por hipertensão gestacional com proteinúria e/ou lesão de órgãos-alvo com sintomas de gravidade, como cefaleia, distúrbios visuais, eclâmpsia, RCIU, entre outros (Brown, et al., 2018; Druzin, Shields, Peterson, & Cape, 2013; FIGO, 2016; World Health Organization, 2017).

Durante o estágio, tivemos oportunidade de cuidar mulheres grávidas com pré-eclâmpsia, com quem foi possível e necessário desenvolver atividades de prescrição como administrar o sulfato de magnésio. Este fármaco para além de ser usado perante um quadro convulsivo, era também ministrado como medida preventiva para prevenir a ocorrência de convulsões associadas à eclâmpsia e reduzir, assim, o risco de morte materna. Conferimos, também, que os protocolos utilizados no CMIN eram os mais adequados, de acordo com a literatura, de

forma a prevenir hipermagnesemia e risco de toxicidade, sendo que o gluconato de cálcio é o principal antídoto do sulfato de magnésio (Druzin, Shields, Peterson, & Cape, 2013).

Relativamente à terapêutica farmacológica da HTA, a medicação oral, segundo o protocolo do CMIN, era a nifedipina.

As intervenções de enfermagem adotados passaram por: vigiar a tensão arterial de quatro em quatro horas, sendo importante a grávida estar em repouso pelo menos cinco minutos antes da avaliação. Era recomendado à grávida não falar e era sempre avaliado no mesmo braço (ao nível do coração), dando preferência ao braço direito. Era pesquisada também a presença de edemas a nível dos membros inferiores, mãos e face. Foi também efetuada a monitorização da dor, sobretudo procurar a existência ou não da presença de dor epigástrica. Devido ao risco de menor perfusão placentar era realizada a monitorização com CTG e vigiado o estado neurológico e possíveis convulsões (Druzin, Shields, Peterson, & Cape, 2013; FIGO, 2016).

Outra das realidades com que nos deparamos foi o diagnóstico de colestase intra-hepática da gravidez. Esta inicia-se com prurido persistente associado a alterações das enzimas hepáticas e/ou dos ácidos biliares, regredindo o quadro clínico nos primeiros 10 dias após o parto. Esta doença assume uma particular relevância clínica por apresentar um risco aumentado de morte fetal e pelas perturbações do sono causadas pelo prurido materno. Geralmente, a colestase intra-hepática da gravidez surge no terceiro trimestre com a presença de prurido, tipicamente na região palmar e plantar (Montenegro & Rezende, 2014; Williamson & Geenes, 2014).

Face a este diagnóstico, optámos por uma vigilância e observação rigorosa dos sinais e sintomas, assim como cumprimos os protocolos existentes, no que concerne às atividades resultantes de prescrição, nomeadamente a administração de ácido ursodesoxicólico, apresentando-se como terapêutica de primeira linha, por apresentar os resultados terapêuticos desejados, pois reduz o prurido e a acidez biliar melhorando o prognóstico perinatal e, a administração de hidroxizina no período noturno, para alívio do prurido (Montenegro & Rezende, 2014; Williamson & Geenes, 2014). Perante a prestação de cuidados de enfermagem perante dois destes casos, aconselhámos as mulheres a usar roupas leves e de algodão de forma a evitar a fricção da pele, assim como evitar locais quentes e húmidos.

Para a avaliação do bem-estar materno e fetal, eram avaliados outros fatores, tais como: os sinais vitais, a presença ou ausência de sinais de risco de acordo com cada patologia (perda

sanguínea a nível vaginal, dor abdominal, ausência de percepção dos movimentos fetais, entre outros) e ainda colaborávamos nos exames laboratoriais e ecográficos. O CTG era o meio mais utilizado no internamento, pelo que foi benéfico pois foi possível treinar a leitura de traçados cardiotocógrafos.

Segundo Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrachan (2015) a cardiotocografia, constitui um meio frequentemente utilizado para a avaliação e vigilância do bem-estar fetal, avaliando concomitantemente a contratilidade uterina, a FCF e os movimentos fetais ativos. O CTG era realizado segundo prescrição médica, ou quando estávamos perante uma situação em que era necessário realizá-lo, possuindo o EESMO autonomia para tal. O procedimento demorava 20 a 40 minutos, podendo prolongar-se sempre que justificado, por exemplo, quando estávamos perante um “traçado suspeito”, ou seja, um traçado que não se apresentava com um traçado normal nem patológico. Durante o procedimento, orientávamos a grávida para o registo de movimentos fetais através de um dispositivo acionado pela própria. Frequentemente, observávamos traçados de baixa variabilidade, sendo uma alteração aceitável, devido à imaturidade do sistema nervoso central do feto e da administração de betametasona à grávida. No caso de não ser possível realizar CTG devido à idade gestacional, era auscultada a frequência cardíaca fetal através do Doppler, sendo este utilizado antes das 28 semanas de gestação.

As Manobras de Leopold foram uma técnica utilizada para fazer o diagnóstico da situação fetal para identificar a apresentação, posição e variedade. Através destas manobras pudemos identificar o número de fetos, a apresentação, a posição, a atitude fetal, o encravamento e o foco de auscultação, e este por si, auxiliou a realização do CTG. A sua realização não é recomendada por rotina, particularmente as manobras três e quatro, pois não fornecem dados clinicamente úteis e rigorosos e é desconfortável para a grávida (Montenegro & Rezende, 2014). A realização destas manobras constituiu uma das dificuldades sentidas ao longo do estágio. Embora tivessem sido treinadas no modelo durante as aulas, verificámos que às vezes, no contexto clínico, as estruturas fetais eram palpáveis, mas de um modo mais discreto. Porém, com empenho e treino da nossa parte, em conjunto com a orientação da enfermeira tutora, esta dificuldade sentida foi ultrapassada.

Segundo Ramos (2014), a forma como a mulher vivencia a gravidez com um diagnóstico de patologia associado vai depender de inúmeros fatores. Estes fatores podem ser a personalidade, a experiência de vida, a avaliação cognitiva que faz da situação, o autoconceito prévio, a percepção de suporte familiar e a confiança sentida na equipa de saúde

que a acompanha. Perante estes casos, foi fundamental apoiar e escutar a mulher, sendo que esta foi encarada como alguém que necessitava de cuidados, principalmente no campo da aprendizagem do que é a gravidez e, mais concretamente, como lidar com os riscos que se atribuem à mesma, com base na singularidade de cada caso.

Para além disto, as mulheres grávidas que se encontravam hospitalizadas com gravidez de risco ou complicações na gravidez, apresentavam, habitualmente, um nível elevado de ansiedade. Perante isto, foi incentivada a partilha das emoções, medos e dúvidas, através da escuta ativa e num ambiente calmo, seguro e tranquilo. Também foi realizada educação para a saúde, para que a grávida e/ou casal, sentissem um pouco mais de calma, tendo conhecimento da sua situação, de forma a saber o que podiam fazer para ajudar a prevenir complicações, assim como detetá-las. Sempre que era possível, foi possibilitada a presença do companheiro ou de uma pessoa significativa. Era também assim dada atenção por parte da equipa de enfermagem ao parceiro, pois este similarmente à grávida, enfrenta desafios num contexto de instabilidade a diferentes níveis, como afetivo, interpessoal, emocional, económico, entre outros, condições estas que nos levam a transmitir um sentimento de esperança ao parceiro.

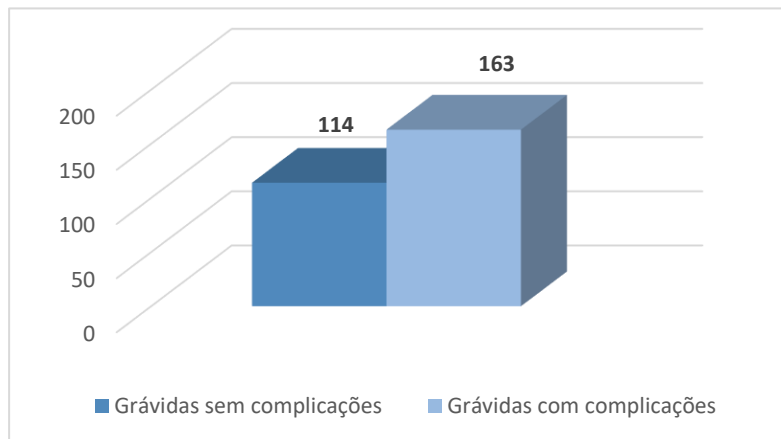
Numa atitude reflexiva acerca deste módulo de estágio, reconhecemos a importância das intervenções do EESMO a uma grávida de risco que se encontra internada. Consideramos que é essencial devido a este possuir conhecimentos, aptidões, competências e saberes dirigidos para poder atuar nesta área da saúde da mulher, de forma a garantir a prevenção de complicações e a promoção da saúde da mulher grávida, assim como tentar manter a gravidez até ao seu termo natural. O nosso foco de atenção foi a mulher envolta num paradigma de vir a ser mãe, mas sobretudo numa situação de bem-estar comprometido, pois o fenómeno da patologia ou das complicações obstétricas exigia do EESMO uma forma de lidar com uma situação a que tentámos estar sempre atentos, nomeadamente a mulher/casal que tem os seus desejos, medos e dúvidas. Este casal estava a vivenciar dois tipos de transições: a transição para a parentalidade, pelo facto de que iriam tornar-se pais, teriam de definir novos papéis e reajustar-se em várias dimensões; transição saúde/ doença inerente ao diagnóstico de gravidez com complicações. As nossas intervenções de enfermagem tiveram como objetivo promover respostas saudáveis para a transição.

No entanto, foi cativante verificar que, apesar da ansiedade e do medo face ao risco e à incerteza, a condição de alto risco não impedia que o casal demonstrasse a alegria e a esperança, que apesar da ameaça, acreditava num final feliz. O estágio no serviço de grávidas

de risco revelou-se um desafio pela complexidade de cuidados que eram prestados aos casais que se encontravam a vivenciar dois processos de transição em simultâneo, nomeadamente:

A figura indica o número de grávidas que foram alvo de cuidados e vigilância com e sem patologia associada, tendo sido 114 as grávidas com patologia associada e 163 grávidas sem patologia associada, o que dá um total de 277 grávidas alvo dos nossos cuidados.

Figura 1: Grávidas alvo de cuidados e vigilância



1.2. Desenvolvimento de competências na área de trabalho de parto e parto

O módulo de estágio “Trabalho de Parto e Parto” teve início no dia 25 de fevereiro de 2019 e terminou no dia 24 de julho de 2019. Este módulo teve como objetivos gerais “cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”, assim como “diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Entende-se por Trabalho de Parto (TP) o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à contractilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto, à sua expulsão para o exterior, à expulsão da placenta e à hemóstase. De acordo com World Health Organization (2018), podemos classificar o trabalho de parto em três estádios:

- 1º estadio: dilatação – decorre desde o início das contrações uterinas regulares e termina na dilatação completa do colo;

- 2º estadio: período expulsivo – começa na dilatação completa e termina com a expulsão do feto;
- 3º estadio: dequitação – decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta (World Health Organization, 2018).

O 1º estadio do trabalho de parto desenvolve-se em duas fases principais, sendo essas a fase latente e a fase ativa. A fase latente decorre desde o início das contrações regulares até ao momento em que o colo está completamente apagado e com cerca de 3 cm de dilatação. A fase ativa inicia-se, durante a qual o colo se dilata com um maior ritmo até atingir a dilatação completa. De acordo com o padrão de dilatação do colo, na fase ativa podem ainda ser dividida em três períodos, sendo estes o período de aceleração, período de declive máximo e período de desaceleração (World Health Organization, 2018).

A duração dos estadios pode variar nas nulíparas e nas múltiparas, sendo o tempo esperado nas nulíparas no 1º estadio até 20 horas, no 2º estadio até 45 a 60 minutos e, no 3º estadio até 30 minutos. Relativamente às múltiparas no 1º estadio até 14 horas, no 2º estadio até 15 a 20 minutos e no 3º estadio até 30 minutos (Graça, 2017).

O parto é dos episódios mais marcantes da vida de uma mulher e da sua família, sendo que é algo que fica na memória das mulheres para toda a vida (Dahlberg, et al., 2017; Karlsdottir, Sveinsdottir, Kristjansdottir, Aspelund, & Olafsdottir, 2017). A experiência de parto tem implicações a longo prazo para a saúde e bem-estar da mulher e, consequentemente na vida do RN (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015). Deste modo, consideramos que o apoio que demos aliada à nossa presença, como futura EESMO, foi essencial para ajudar a mulher e casal a vivenciar uma experiência de parto positiva, tendo em conta a perspetiva de Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson, & Karlström (2018) e também a de Ross-Davie & Cheyne (2014). Estes afirmam que o apoio contínuo e de alta qualidade fornecido pelo EESMO é fundamental para promover o parto normal, melhora a perceção das mulheres sobre a experiência de parto, promove uma adaptação positiva à maternidade e diminui o risco de transtorno do stress pós-traumático ou outros problemas de saúde perinatais.

Todas as enfermeiras que trabalham no núcleo de partos do CMIN são especialistas em saúde materna e obstétrica. A integração neste serviço começou pela apresentação da estrutura da unidade e a explicação dos recursos existentes por parte da equipa, com o propósito de conhecer o ambiente de trabalho e, desta forma, iniciar o percurso formativo para que de acordo com os objetivos e exigências curriculares, pudéssemos prosseguir o processo de aprendizagem, integrados na equipa, a fim de vir a prestar cuidados especializados. O

método de trabalho dos EESMO do núcleo de partos assenta no trabalho em equipa e também no método individual. O EESMO trabalha em colaboração com a mulher e ou casal e as suas intervenções eram sustentadas em evidências científicas para desenvolver uma prática baseada na evidência.

Neste estágio, pudemos identificar focos de atenção, estabelecer diagnósticos de enfermagem, assim como determinar intervenções autónomas e interdependentes para situações que requeriam cuidados especializados, desde a fase latente do TP até duas horas após o parto, no puerpério imediato.

As grávidas/ parturientes que tivemos oportunidade de cuidar neste serviço, chegavam por diferentes vias. Normalmente, pela admissão de utentes ou pelo serviço de urgência após efetuada a triagem, nomeadamente situações de rutura prematura de membranas ou em trabalho de parto. Porém, as parturientes também podiam ser provenientes do internamento de grávidas, por motivos de indução de trabalho de parto ou transferidas do serviço de materno-fetal.

Após a receção da parturiente fazíamos a apresentação da sala. No caso do acompanhante estar presente, tentávamos explicar quais os procedimentos, bem como as regras a respeitar inerentes à sua presença, durante o trabalho de parto e parto, para que se sentisse seguro e envolvido. A receção da parturiente implicou a adoção de uma postura calma e confiante, que tranquilizasse a mulher e o seu acompanhante. Tivemos em consideração o primeiro contacto com a parturiente, através da nossa apresentação, da explicação de qual era o nosso papel e o que podia esperar do nosso desempenho durante a sua permanência. A forma como comunicámos foi fundamental pois, consideramos de extrema importância a disponibilidade demonstrada para encorajar o esclarecimento de dúvidas, receios e preocupações.

Após o momento de admissão, a colheita inicial de dados, cuidadosa, foi o procedimento que constituiu a estratégia para delinear e construirmos o nosso plano de cuidados. Globalmente, esta etapa do processo de enfermagem consistiu na recolha de dados sobre a parturiente, como o estado civil, profissão, antecedentes pessoais e familiares, medicação domiciliária, grupo sanguíneo, alergias, avaliação e registo dos sinais vitais, uso de substâncias, integridade da pele, e dados acerca da história ginecológica e obstétrica. Ainda no que concerne à parturiente eram registados os dados acerca da gravidez atual, tais como: a realização ou não da preparação para o parto, a idade gestacional, o índice obstétrico, gesta, para, abortamentos, número de partos pré-termo e filhos vivos, a integridade das

membranas e o índice de Bishop (extinção, dilatação, consistência do colo uterino, posição e plano de Hodge). Além da entrevista formal e informal recorreremos, também, à consulta do Boletim de Saúde da Grávida.

A admissão foi uma ocasião que se revelou como um momento excelente para estabelecer uma relação de ajuda próxima com a parturiente e casal, atendendo à vulnerabilidade que estes podem apresentar face ao internamento que alguns iam experienciar pela primeira vez. Como referido anteriormente, o processo de internamento para esperar o nascimento de um filho é um episódio que ficará registado na memória. Consequentemente, a nossa atitude no acolhimento foi de empatia e confiança, de forma a realizarmos o diagnóstico de enfermagem, estabelecermos um plano de cuidados, delinear as intervenções eficazes, de acordo com as expectativas e necessidades da mulher/ casal e, também, de forma a pudermos apoiá-los e orientá-los durante todo o processo (Mateo & Tobajas, 2013).

A fase latente é caracterizada por suceder de forma lenta, nem sempre contínua, podendo prolongar-se até várias horas. Desta forma, as mulheres que eram admitidas em TP na fase latente eram internadas na sala de expectantes. A literatura científica defende que o internamento deve acontecer já na fase ativa do TP para que as parturientes passem menos tempo na sala de expectantes, apresentem menor necessidade de alívio da dor e menor possibilidade de serem submetidas a intervenções obstétricas desnecessárias, sem afetar o prognóstico perinatal (Graça, 2017).

A indução do trabalho de parto diz respeito à iniciação artificial de contrações uterinas rítmicas de forma a desencadear o trabalho de parto antes do seu início espontâneo, a partir das 22 semanas de gestação (Direção Geral da Saúde, 2015). Durante este módulo de estágio, pudemos cuidar parturientes que estavam a fazer indução do TP, devido a causas maternas ou fetais. As causas maternas referiam-se à gestação pós termo (≥ 41 semanas ou ≥ 42 semanas), rotura prematura de membranas, situações de patologia associada (hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, etc.), diabetes, corioamnionite e gestação gemelar. Já as causas fetais diziam respeito ao feto morto ou anómalo e à restrição de crescimento fetal (Fonseca, 2016).

As condições cervicais representam um importante fator para o desempenho adequado do método de indução, sendo determinante a avaliação do Índice de Bishop (IB) – dilatação (cm), apagamento (%), estadio (cm), consistência cervical (dura, média, mole), sendo, posteriormente, somado o valor, de acordo com a avaliação de cada um deles. Quando o IB é igual ou inferior a 5, o colo é considerado desfavorável. Nestas situações, os especialistas

recomendam a maturação do colo previamente à indução do TP. Baixos índices de Bishop podem estar associados a induções do TP falhadas, a trabalhos de parto prolongados e a significativas taxas de cesarianas. Quando o IB é superior ou igual a 7, está indicada a indução do TP (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrachud, 2015).

De acordo com Graça (2017), existem dois tipos de métodos para a indução do TP: mecânicos e farmacológicos. Os métodos mecânicos dizem respeito à colocação de uma sonda de Foley dilatada com soro fisiológico, descolamento digital das membranas e à colocação de dilatadores higroscópicos. Os métodos farmacológicos incluem as prostaglandinas, misoprostol e a ocitocina. Durante o período de estágio presenciámos e colaborámos mais em induções do trabalho de parto com recurso aos métodos farmacológicos.

Seguimos a premissa que o como futuras EESMO's nos devíamos preparar para de uma forma consciente desenvolvermos as competências necessárias para acompanhar as parturientes durante a indução do trabalho de parto. Alguns autores recomendam a monitorização contínua da atividade uterina e da FCF através do CTG, ao longo de todo o processo de indução, enquanto que outros autores optam por indicar a monitorização de pelo menos 30 minutos após o início da indução e, que a mesma deve ser mantida enquanto haja atividade uterina regular. Seguimos sempre as recomendações da literatura, mas tivemos, também em conta os protocolos vigentes da instituição, de acordo com o método e até mesmo de acordo com o motivo da indução, desde que devidamente consistentes e atualizados. A atitude de vigilância e de deteção de sinais e sintomas de complicações foi uma responsabilidade e preocupação transversal a todas as intervenções realizadas. Foi fundamental valorizar as queixas algicas da parturiente, avaliar as contrações e o estado fetal e, também, o estado do colo uterino através do exame pélvico, respeitando as indicações de Prada & Rafael (2016).

Concomitantemente à abordagem da temática relatada, foi necessário aprofundar o tema sobre a indução de trabalho de parto quando não tem sucesso. Da pesquisa realizada concluímos que atualmente não estão definidos critérios nem *timings* para a definição correta acerca deste tema. Porém, foi de extrema importância verificar que era proporcionado o tempo de forma a que ocorressem as mudanças cervicais e se iniciasse a fase ativa do trabalho de parto. Sempre que havia situações de suspeita de indução falhada do trabalho de parto, a situação era globalmente reavaliada, nomeadamente o bem-estar fetal (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016). Após esta avaliação caso a cardiotocografia mostrasse padrões tranquilizadores e as membranas permanecessem intactas, permitia-se que a grávida se alimentasse e repousasse por algumas horas, para de acordo com a decisão

médica retomar a indução no dia seguinte. Por vezes, as induções de trabalho de parto falhadas culminavam numa cesariana, principalmente entre as nulíparas (Graça, 2017). Apesar do progressivo aumento da taxa de cesarianas ser uma preocupação dos Governos muitos são os fatores condicionantes do aumento dos partos por cesariana. No entanto, eram indicações para cesariana as situações que impossibilitam ou contraindicam o parto vaginal, incluindo-se, nestas últimas, todas as que constituem um risco para a vida da mãe ou do feto (Graça, 2017).

Assim, a assistência prestada às parturientes que eram submetidas a uma cesariana incluía: a preparação física para a cirurgia, a verificação do consentimento informado, sendo que embora este fosse pedido pelo médico, explicávamos à parturiente todos os procedimentos, no sentido de a tranquilizar e que todos iriam fazer tudo para que corresse bem. Realizávamos também a confirmação do jejum, a colocação de soroterapia em curso e a preparação do processo da grávida (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016). Após o aviso e confirmação do bloco operatório, a parturiente era transferida de maca e acompanhada por nós até outra unidade e por um assistente operacional. Durante o percurso para o bloco operatório, o diálogo com a parturiente foi sempre estabelecido no sentido de a tranquilizar e promover o bem-estar.

Durante o trabalho de parto, o bem-estar fetal era avaliado através da cardiotocografia, mediante as modificações na frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas. Ao longo dos anos têm sido desenvolvidos vários sistemas de classificação de CTG, de forma a identificar o que é normal, o que requer avaliação e o que é anormal e requer o nascimento imediato (Ayres-de-Campos & Reis, 2015). Segundo a evidência científica, é recomendado a monitorização contínua na fase ativa do TP, após analgesia epidural, amniotomia, durante a administração de ocitocina, em parturientes com cesariana prévia, e no caso de verbalização de queixas álgicas por parte da parturiente (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Após a admissão da parturiente e durante a fase latente do TP, a parturiente era monitorizada através do CTG durante 30 minutos e em cada duas horas, com necessidade de se prolongar, de acordo com as condições de anormalidade. Estas dizem respeito ao maior risco de hipóxia fetal, nomeadamente febre materna, restrição de crescimento fetal, líquido amniótico meconial, taquissistolia, ou a indução de TP (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Um traçado cardiotocográfico é considerado normal ou tranquilizador quando apresenta uma variabilidade de cinco a 25 batimentos por minuto (bpm), uma frequência cardíaca fetal

basal de 110-160 bpm, no mínimo duas acelerações em 50 minutos e ausência de desacelerações ou menos de duas em 50 minutos menores a dois minutos. Quando um ou mais destes critérios de normalidade estivesse ausente, estávamos perante um traçado suspeito ou não tranquilizador. O traçado patológico ou anómalo, por sua vez, apresentava uma variabilidade inferior a 5 bpm por mais de 60 minutos na ausência de medicação que altere a FCF, padrões sinusoidais ou pseudo-sinusoidais; ou desacelerações prolongadas ou repetitivas (em mais do 50% do traçado) (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrachan, FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal, 2015; National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Na avaliação da FCF através do CTG, anteparto ou intraparto, era importante termos os conhecimentos sobre as causas das alterações à normalidade, especificamente, da taquicardia (hipertermia materna, ansiedade, hipotensão), bradicardia (fármacos, hipoxemia), padrão sinusoidal, alterações da variabilidade fetal, desacelerações e acelerações (movimentos fetais, estimulação fetal), pois pode indicar sofrimento fetal (Graça, 2017).

A ocorrência de desacelerações era recorrente durante a monitorização intraparto com CTG. Estas correspondem à diminuição da FCF abaixo da linha de base com amplitude mínima de 15 bpm e duração não inferior a 15 segundos. Consoante a sua relação cronológica com as contrações que as desencadeiam, podemos classificá-las em três tipos principais de desacelerações: precoces (associada à contração uterina), tardias (após o pico da contração uterina) e variáveis (podiam não estar associadas à contração, mas sim à compressão do cordão umbilical). A variabilidade diminuída ocorre quando as oscilações da linha de base são menores a 5 bpm durante períodos prolongados (50 ou mais minutos) ou a duração do padrão é superior a três minutos durante as desacelerações. A taquissístolia define-se como sendo a ocorrência de cinco ou mais contrações uterinas em 10 minutos, num período superior a 20 minutos ou a 30 minutos (Graça, 2017).

Perante estas situações pudemos realizar intervenções autónomas e emancipatórias para tentar reverter eventuais anomalias detetadas ao nível da cardiotocografia: incentivo da mudança de posicionamento da parturiente; administração de glicose a 5%; incentivar a ingestão de chá ou água açucarados; suspensão imediata da medicação útero-estimulante (a medicação mais utilizada era a ocitocina em perfusão); administração de antipirético (Paracetamol 1 grama endovenoso); tocolise com Salbutamol (Graça, 2017).

Em alguns casos houve necessidade da vigilância da FCF através da monitorização interna da frequência cardíaca fetal, devido à má captação desta com monitorização externa e à suspeita de arritmia cardíaca fetal.

A avaliação através do exame vaginal foi outra das intervenções que nos proporcionava dados importantes para avaliar o trabalho de parto e a sua evolução. No início sentimos grande dificuldade em realizar este procedimento, já que era uma técnica totalmente desconhecida que precisa de muita perícia e prática. No entanto, com o esforço e o treino contínuo da nossa parte, aliada ao empenho e ensino por parte da nossa Enfermeira Orientadora e dos restantes enfermeiros, esta dificuldade sentida foi ultrapassada.

O toque vaginal define-se como sendo a manobra para avaliar os órgãos genitais internos, utilizando dois dedos (indicador e médio), que se introduzem na vagina. Este tem como objetivo avaliar o grau de dilatação, extinção e posição do colo uterino, integridade das membranas, tipo de apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), variedade (anterior, posterior e transversa), posição (esquerda, direita), situação e atitude fetal (Albuquerque, Sousa, Firmiano, & Coelho, 2017). Na maioria das parturientes que examinámos durante o percurso formativo, os fetos encontravam-se em apresentação cefálica em vértice e bregmática, embora a posição e a variedade fossem variáveis.

Esta intervenção foi realizada em situações específicas: admissão da parturiente, contratilidade uterina alterada, quando a mulher sentia pressão na região perineal ou vontade de efetuar os puxos expulsivos, quando surgia rotura das membranas ou quando se observavam desacelerações variáveis.

Antes da realização do exame pélvico era averiguada a hora e características do último toque vaginal. Como se trata de um procedimento doloroso e desconfortável para a mulher, sempre que possível, era realizado pela mesma pessoa (como método de aprendizagem e de reconhecimento da evolução do trabalho de parto). Era explicado à parturiente em que consistia o exame e era pedido a sua permissão, respeitando os tempos e proporcionando um ambiente calmo e recetivo para diminuir a ansiedade que o exame provoca. Para a realização deste, a parturiente era colocada em posição confortável e, a higienização das mãos e do períneo eram realizadas após o exame (Albuquerque, Sousa, Firmiano, & Coelho, 2017).

A rotura artificial de membranas pode contribuir de forma favorável para a evolução do trabalho de parto. Este procedimento é aceite na classificação do parto natural, no entanto a OMS não recomenda a realização deste por rotina (World Health Organization, 2018).

Como referido em cima, a amniotomia é uma forma de indução do TP, que consiste na rutura artificial das membranas através de uma Pinça de Herff. Porém, este procedimento só é recomendado para ser realizado em mulheres com a presença de colos extintos e com pelo menos 5 cm de dilatação (Albuquerque, Sousa, Firmiano, & Coelho, 2017; National Institute for Health and care Excellence (NICE), 2017).

Durante a realização da amniotomia foi importante a avaliação do líquido amniótico. As características deste são importantes já que podem indicar alterações. Foi assim essencial avaliar a cor, o odor, a viscosidade e a quantidade de líquido em cada rotura de membranas. Uma cor acastanhada ou esverdeada pode indicar presença de mecónio ou infeção, assim como a presença de odor refere-se a este último. Já uma cor avermelhada podia-nos indicar hemorragia. No que diz respeito à quantidade, esta podia-nos apontar e/ou confirmar um oligoâmnios ou hidrâmnios (Smyth, Markham, & Dowswell, 2013).

Durante o percurso formativo, tivemos a ocasião de realizar a amniotomia. Esta era efetuada após a explicação à parturiente/casal e obtido o seu consentimento informado. Procedia-se ao exame vaginal mediante técnica assética, introduzida a pinça de Herff por entre os dedos e efetuado um movimento circular para romper as membranas. Com os dedos ainda introduzidos, era segurada a apresentação exercendo uma ligeira pressão no fundo uterino, para permitir a saída de líquido amniótico e evitar o prolapso do cordão. A FCF era avaliada antes, durante e após o procedimento mediante monitorização externa contínua para confirmação do bem-estar fetal e prevenção de complicações. Conforme a literatura consultada, foram observados casos de desacelerações não prolongadas da frequência cardíaca fetal, após a realização da amniotomia, que só necessitaram de mudanças de posição para reverter o estado (National Institute for Health and care Excellence (NICE), 2017; Smyth, Markham, & Dowswell, 2013).

No caso da rotura das membranas ter acontecido de forma espontânea, questionávamos a grávida sobre a hora e características do líquido amniótico. A hora da rotura é essencial já que a rotura precoce pode ser prejudicial.

Durante o estágio, a cor do líquido amniótico que se observou como anormal foi a cor esverdeada, que implicava a presença de mecónio. Este indicador pode orientar a episódios que comprometeram o estado do feto, nomeadamente oligoâmnios ou compressão do cordão. Sempre que estivemos perante esta situação, era comunicado à restante equipa multiprofissional que acompanhava o TP e posteriormente, como intervenção preventiva, procedeu-se à preparação do material de reanimação cardiopulmonar, no caso de ser

necessário. Apesar de ser uma condição de sobreaviso, reforçava-se a atenção na monitorização do bem-estar fetal, através da cardiotocografia. Na ausência de alterações da FCF, o desfecho perinatal foi semelhante aos partos com líquido amniótico claro (Mateo & Tobajas, 2013).

Tivemos sempre em consideração proporcionar à parturiente medidas de higiene e conforto, como cuidados de higiene perineais frequentes, porque a perda de líquido amniótico continua após a rutura e até ocorrer o nascimento.

Segundo o protocolo do serviço, quando a parturiente apresenta rutura de membranas superior a doze horas, risco de parto pré-termo e de transmissão vertical de *Streptococcus* do Grupo B (SGB) é aconselhado iniciar-se a profilaxia antibiótica. O SGB é uma bactéria coco gram-positivo que coloniza assintomaticamente o trato intestinal e posteriormente o aparelho geniturinário, estando associada a uma incidência de 1% a 2% da infeção neonatal. No recém-nascido, a transmissão vertical durante o trabalho de parto e parto podem ocorrer por infeção *in útero*, devido à ascensão do agente bacteriano desde o canal de parto até à cavidade amniótica, no decurso de uma rutura de membranas ou, pela passagem do feto no canal de parto de uma mulher colonizada, embora o SGB possa também atravessar membranas intactas. Desta forma, em gestantes colonizadas, ou quando a cultura não foi realizada e com fatores de risco, eram administradas pelo menos duas tomas de penicilina por via intravenosa antes do parto, 5 milhões de unidades, como dose inicial, seguidas de 2,5 milhões de unidades a cada quatro horas até o nascimento (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016).

A dor do trabalho de parto é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, única, complexa e multifatorial, que tende a intensificar-se à medida que o trabalho de parto progride. Esta resulta das contrações uterinas e da dilatação do colo, no primeiro estágio do trabalho de parto, durante o segundo estágio do trabalho de parto, devido à expulsão do feto e, no terceiro estágio do trabalho de parto, quando há expulsão da placenta e das membranas (World Health Organization, 2018).

A perceção da dor é um dos indicadores da experiência geral do parto. As mulheres descrevem a dor no trabalho de parto como sendo diferente de qualquer outra dor que tenham experimentado e, relatam ainda como a dor mais memorável que já experimentaram (Karlsdottir, Sveinsdottir, Kristjansdottir, Aspelund, & Olafsdottir, 2017). A maioria das mulheres deseja alguma forma de alívio da dor durante o trabalho de parto, através de

métodos farmacológicos ou de métodos não farmacológicos (World Health Organization, 2018).

Segundo Dahlberg, et al. (2017), o EESMO tem uma responsabilidade acrescida em ajudar a mulher a lidar com a dor durante o parto. Desta forma, tivemos o cuidado de prestar apoio, motivação e feedback positivo, pois acredita-se que as parturientes recorrem menos aos métodos farmacológicos para alívio da dor, levando a uma maior autoeficácia da mulher, ou seja, levando ao empoderamento desta. Logo, estamos perante um processo mais natural de parto. É aconselhado que as mulheres recebam informações sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor por parte das enfermeiras e é aconselhado também capacitar as mulheres a identificar as suas próprias forças e recursos para controlar a dor do parto (Dahlberg, et al., 2017; Isbir & Serçekus, 2015). Para além disto, os profissionais de saúde necessitam de comunicar às mulheres as opções disponíveis para o alívio da dor nas suas instalações de parto e discutir as vantagens e desvantagens dessas opções como parte dos cuidados pré-natais (World Health Organization, 2018).

Nos dias de hoje, cada vez mais assistimos a uma sociedade de mulheres que sente a necessidade de controlar o seu próprio trabalho de parto e, por sua vez, a dor do trabalho de parto. Isto tem levado a uma procura constante de métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor. Assistimos a uma procura de programas de preparação para o parto, visitas à maternidade e a pesquisa de informação, revelando um interesse crescente de assumir o controlo do corpo e do parto, gerando espaço à inclusão de métodos menos invasivos, que permitissem a decisão de cada casal e do seu direito de opção, de forma individual. Como métodos não farmacológicos para alívio da dor incluímos: técnicas de relaxamento, musicoterapia e massagem. As medidas não farmacológicas são um recurso utilizado pelas parturientes para ajudar no conforto, minimização da dor e aumentar o bem-estar materno (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016).

No CMIN, quando a mulher se encontra no primeiro estadio do trabalho de parto, é incentivada a deambular, utilizar a bola, descansar, utilizar técnicas de respiração, entre outros, de acordo com a sua preferência. Nestes casos, foi fundamental adequar os cuidados e a prática a cada situação e a cada parturiente. O que para algumas mulheres funcionou, para outras podia não ser o mais adequado (World Health Organization, 2018). Desta forma, tentámos sempre saber qual o método não farmacológico preferido de cada parturiente para alívio da dor. Pudemos ainda presenciar um casal a utilizar a musicoterapia durante a fase

ativa do trabalho de parto, tendo sido uma experiência interessante e que permitiu ao casal estar mais tranquilo e relaxado, nomeadamente a parturiente.

A analgesia epidural e a analgesia opióide também eram usadas como alívio da dor. De acordo com World Health Organization (2018) o uso de analgesia epidural constituiu um forte preditor para a experiência positiva de uma mulher com dor no parto. Existem vários fármacos que podem ser administrados durante o trabalho de parto: opióides, sedativos/ ansiolíticos, fármacos dissociativos/ amnésicos, neurolépticos e inalatórios (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016). Deste tipo de fármacos, os mais utilizados foram o Paracetamol, o Tramadol e a Petidina.

A analgesia epidural constitui o tipo de analgesia mais eficaz no alívio da dor no trabalho de parto. Desta forma, sempre que solicitada pela parturiente, era contactado o anestesista. De seguida, colaborávamos com o médico na realização do procedimento e prestávamos também alguns cuidados tais como: ajudar a mulher no posicionamento adequado, de acordo com as indicações do anestesista, na preparação do material, orientar sobre como a parturiente podia colaborar durante a técnica e, o ensinar e instruir sobre técnicas de respiração durante a contração uterina. Durante o procedimento, a nossa atuação foi também, informar e vigiar o bem-estar materno fetal.

Após o procedimento, considerando que a administração destes fármacos pode levar à hipotensão materna e a alterações a nível cardíaco fetal, foi mantida a vigilância cardiotocográfica e procedeu-se à monitorização da tensão arterial de cinco em cinco minutos durante os primeiros 15 minutos após a colocação do cateter. Também foi vigiada a presença de efeitos adversos como náuseas, vômitos, prurido, tremores intensos, hipertermia, perda ou diminuição da função motora e sensitiva e, risco de retenção urinária (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

A analgesia epidural, como já foi referido, era administrada por opção da parturiente e de acordo com a decisão médica na fase ativa do TP. O estudo de Moore, Shan, & Hatzakorjian (2013) demonstra que a colocação de cateter epidural antes dos três centímetros de dilatação é associada a maior taxa de parto por cesariana e partos instrumentados. Como condição para passar da sala de expectantes para uma box, para o anestesista realizar analgesia epidural, avaliámos as condições do colo, realizámos o exame pélvico, para conferir se a dilatação se encontrava nos quatro a cinco centímetros, colo em extinção e centrado.

Antes do médico anestesista proceder à colocação do cateter para a analgesia epidural, para além de colaborarmos na preparação do material, era colocado em perfusão Lactato de

Ringer ou Soro Fisiológico, no caso de parturientes diabéticas, para preenchimento da volémia. No que diz respeito à hidratação, como referido acima, habitualmente era iniciada soroterapia após a admissão. No CMIN, durante a fase latente do TP as mulheres eram incentivadas a ingerir uma dieta ligeira, à base de sopas, frutas, gelatinas, bolachas e líquidos. Durante a fase ativa, a ingestão de líquidos claros como chá, água e sumos de frutas sem polpa, além de ser permitida, foi incentivada (Marques, 2014). Uma revisão da Cochrane que inclui cinco estudos com 3130 mulheres envolvidas, não identificou benefícios ou malefícios da restrição de alimentos e bebidas durante o trabalho de parto em mulheres com baixo risco que necessitam de analgesia epidural (Singata, Tranmer, & Gyte, 2013).

A analgesia epidural está também muito associada à cateterização vesical, já que a maioria das mulheres não é capaz de urinar espontaneamente após a administração de terapêutica pelo cateter epidural. Ao longo do estágio, era sempre dada à mulher a possibilidade de aguardar, para ver se tinha perceção e vontade de urinar e em alguns casos, na sua maioria, as mulheres não conseguiam e recorria-se assim ao esvaziamento vesical ou à cateterização vesical. Para além disto, a bexiga distendida, pode impedir a descida da apresentação fetal (Mateo & Tobajas, 2013).

No que se refere à eliminação intestinal, a realização de enema de limpeza por rotina no momento da admissão da parturiente já não se preconiza. Este foi apenas realizado a pedido das parturientes, quando as mesmas referiam sentirem-se mais confortáveis perante a ideia de não haver tanto risco de libertação de fezes durante o período expulsivo. Não encontramos disponíveis evidências científicas atuais que comprovem a sua eficácia na diminuição do risco de infeção materno-infantil, nem aumento da satisfação materna (Mateo & Tobajas, 2013).

A libertação de ocitocina, inicialmente, é produzida pelo feto, decorrente das alterações hormonais da placenta. Só depois é que passa a ser produzida pela parturiente. A hormona ocitocina possui várias funções sendo estas a contratilidade do miométrio durante o parto e a ejeção de leite durante a lactação (World Health Organization, 2018).

Nas atividades resultantes de prescrição tivemos oportunidade de experienciar a administração de ocitocina por via endovenosa, em que diluíamos 10 Unidades Internacionais (UI) em 1000 ml em soro simples ou de soro glicosado, no caso das diabéticas (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016). Assim, era necessário o controlo perfusão, por bomba perfusora, devido à necessidade do seu controlo e rigor. A administração de ocitocina implicou a monitorização contínua da FCF, da contratilidade uterina e da tensão arterial

(World Health Organization, 2018). Em relação à administração de ocitocina, tivemos em conta que como todos os fármacos, apresenta riscos, sendo estes: hipertonicidade, espasmos, contrações tetânicas, o descolamento prematuro da placenta, a laceração do colo, a hemorragia pós-parto e a rutura uterina. A perfusão deste fármaco está contraindicada em caso de incompatibilidade feto-pélvica, prolapso do cordão, situação transversa, FCF não tranquilizadora e placenta prévia. Se se verificava hiperestimulação uterina ou alterações da FCF, a dose de perfusão era diminuída ou interrompida, até resolução do problema. O aumento da perfusão era realizado a cada 30 minutos, em atenção à farmacocinética do medicamento. No primeiro estadio do TP a administração de ocitocina em perfusão tem como objetivo contribuir para que a fase ativa do TP decorra dentro dos parâmetros fisiológicos, que é acelerar o TP, estimular e ritmar as contrações uterinas e, prevenir a atonia uterina no terceiro estadio do TP (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016).

Um dos aspetos mais importantes para uma condução adequada do trabalho de parto foram os registos de enfermagem. Estes eram todos realizados a nível informático e incluíam todos os diagnósticos e intervenções decorrentes do trabalho de parto e parto.

O mecanismo do parto em apresentação cefálica implica a acomodação do móvel fetal à estrutura óssea, através da qual tem de passar. Para isto acontecer, têm de ocorrer movimentos de forma separada e independente, que se conjugam harmoniosamente. Esses movimentos designam-se de movimentos cardinais do mecanismo do parto e são sete: encaixe, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e finalmente o nascimento por expulsão (Graça, 2017).

Uma vez passado o período de dilatação, sucede o início do período expulsivo. O segundo período do TP ocorre, assim, desde a dilatação completa do colo uterino (10 cm) e com a extinção completa do colo (100%) até à expulsão do feto. Este período requer o auxílio das contrações uterinas, ação da gravidade e dos esforços expulsivos maternos (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016). A duração deste período é relativa, considerando se se trata de uma nulípara ou multípara, sendo que a duração normal na primeira é de 45 a 60 minutos e na segunda pode ser entre 15 a 20 minutos (Graça, 2017). Este período pode ir até duas horas, tempo após o qual se considera que haja alguma anormalidade na progressão do trabalho de parto. Nos casos em que este intervalo se prolongava para além de uma hora, era chamado o médico para observação e despiste de alguma complicação que estivesse a impedir a progressão e, sendo o caso, era considerado parto instrumentado, principalmente se se verificasse alguma repercussão no bem-estar fetal (Graça, 2017).

Neste estadio, as contrações uterinas tornam-se mais intensas, frequentes, cada dois a três minutos, e rítmicas, e ocasionalmente surge um desejo incontrolável de puxar devido à pressão que o feto realiza sobre o músculo elevador do ânus, iniciando-se assim o reflexo de Ferguson (Montenegro & Rezende, 2014). Este estadio pode ainda subdividir-se em duas fases distintas, sendo que a primeira, a fase passiva, é caracterizada pela dilatação completa do colo antes ou na ausência de contrações expulsivas involuntárias. A fase ativa, por sua vez, já é caracterizada pela dilatação completa, a observação do feto e contrações expulsivas involuntárias ou puxos maternos na ausência destas (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Em relação aos puxos ou esforços expulsivos, observámos dois modos de proceder quanto ao momento em que a parturiente era aconselhada a iniciá-los, sendo estes o incentivo da mulher para começar a puxar aos 10 cm de dilatação ou esperar pela descida passiva da apresentação fetal até a mulher sentir o reflexo de Ferguson, encorajando-a a seguir os seus instintos. Assim, podemos distinguir dois tipos de esforços expulsivos nomeadamente, o puxo dirigido, em inspiração ou com a glote fechada (manobra de Valsalva) e o puxo espontâneo, em expiração ou com a glote aberta. Numa mulher com analgesia epidural, apesar de manter a função motora e a percepção, a função sensitiva à dor é anulada. Nestas situações, a nossa intervenção foi encorajar a parturiente, para colaborar com a equipa e, obviamente, instruir e orientar para que os puxos maternos fossem mais eficazes. Como referido, foi importante nesta fase elogiar a mulher e incentivá-la, para que esta sentisse que estava a comandar o seu parto e de como era capaz de o fazer. (Mateo & Tobajas, 2013).

Durante a nossa prática clínica, as mulheres foram encorajadas a parir na posição que lhes fosse mais confortável, embora a posição ginecológica ou de litotomia fosse a preconizada nos protocolos obstétricos. Todavia, sabe-se que não existe uma posição única, mas sim várias que podem ser utilizadas no período expulsivo, pois os ângulos entre o feto e a bacia mudam constantemente conforme a adaptação e progressão do feto no canal de parto (World Health Organization, 2018).

Neste momento do parto, efetuávamos a limpeza dos genitais externos com água corrente, uma vez que, não existe evidência científica que demonstre que lavar com solução antisséptica diminui o risco de transmissão de infeções (Mateo & Tobajas, 2013). Após o posicionamento, todo o material para a realização do parto e que se encontrava previamente preparado e disposto, era colocado perto e organizado. Também, tal como a nossa tutora, preparávamo-nos, vestindo roupa esterilizada (bata, touca, máscara e luvas esterilizadas), de

forma a manter a assepsia em todo o procedimento. O campo de parto era colocado por baixo das nádegas da parturiente, assim, como as pernas e o campo esterilizado sobre o abdômen da parturiente.

À medida que o trabalho de parto progredia e se aproximava o período expulsivo a nossa atenção era cada vez mais cuidadosa com a vigilância da descida da apresentação, qual o plano de Hodge, a FCF e a contratilidade uterina, eram avaliados constantemente, através do CTG. A integridade do períneo era vigiada à medida que a cabeça fetal começava a coroar, com uma atenta avaliação da necessidade ou não de efetuar episiotomia, pois sempre que possível era evitada (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Durante o parto é aconselhado estarem presentes, pelo menos, duas EESMO, uma responsável pela assistência ao parto e outra pelos cuidados imediatos ao RN. Esta norma foi cumprida em todos os partos que assistimos e até mesmo em alguns casos estavam presentes mais do que dois EESMO (World Health Organization, 2018).

No momento do coroamento fetal, eram avaliadas as condições do períneo, sendo que era verificado se o períneo permitia a distensão dos tecidos. Esta elasticidade dos tecidos é diferente de mulher para mulher. Determinadas técnicas reduzem a incidência de lesões, como a utilização de compressas de água quente e proteção perineal. No caso do períneo se apresentar como obstáculo para a evolução do parto, era realizada a episiotomia, com o prévio consentimento da parturiente (Albuquerque, Sousa, Firmiano, & Coelho, 2017).

A episiotomia é definida como uma lesão perineal de 2º grau, realizada com o objetivo de facilitar/ abreviar o 2º estágio do trabalho de parto (Graça, 2017). Nos últimos anos têm-se preconizado o uso restritivo da episiotomia (World Health Organization, 2018). Segundo alguns autores, existem muitas razões que influenciam a decisão de executar uma episiotomia, tais como: primiparidade; macrosomia fetal; 2º estágio do TP prolongado; esforços expulsivos pouco ativos; parto instrumentado; distócia de ombros; impressão subjetiva de períneo pouco distensível; hemorragia vaginal ligeira que faça suspeitar de laceração do períneo; laceração perineal grave no parto anterior (Montenegro & Rezende, 2014). A avaliação da necessidade de realização de episiotomia demonstrou ser um desafio durante todo o estágio, sendo uma dificuldade ainda presente em alguns casos.

A episiotomia era efetuada no triângulo posterior do períneo entre o introito vaginal e o ânus, sob anestesia adequada (analgesia epidural, anestesia dos nervos pudendos ou infiltração local por planos). As duas técnicas mais conhecidas são a episiotomia mediana ou média e a episiotomia médio-lateral. A mais frequente é a médio-lateral sendo realizada a

partir da fúrcula, direcionada para a tuberosidade isquiática, com cerca de quatro centímetros e, com a proteção do feto, através da colocação dos dedos médio e indicador entre a cabeça fetal e o períneo. Este tipo de episiotomia apresenta como vantagens aumentar o espaço do canal de parto e reduzir a probabilidade de existirem lacerações de 3º ou 4º graus. No entanto, as suas desvantagens incluem a reparação mais difícil, a maior perda de sangue e uma maior dor perineal no pós-parto (Graça, 2017).

No caso das lacerações, estas são definidas como: primeiro grau (envolve a fúrcula, pele perineal e membrana da mucosa vaginal), segundo grau (envolve os músculos do períneo e da pele); terceiro grau (lesão ao complexo do esfíncter anal); e quarto grau (lesão do períneo que envolve o complexo do esfíncter anal e epitélio (Montenegro & Rezende, 2014).

Durante a descida fetal no segundo período do trabalho de parto, era comum a utilização de vaselina ou lidocaína, com o objetivo de lubrificar o períneo e canal vaginal para facilitar a progressão e expulsão fetal e, de forma a reduzir o risco de lacerações. Para além disto, foi também frequentemente utilizada a manobra de Ritgen, de forma a reduzir o diâmetro biparietal, que consiste em aplicar pressão para cima na região coccígea para permitir a extensão da cabeça lentamente (Montenegro & Rezende, 2014).

Com a exteriorização do pólo cefálico, era pedido à parturiente para não puxar e era efetuada a pesquisa para verificar a presença de circular do cordão. O cordão umbilical enrola-se com frequência à volta do pescoço, mas raramente acontece de forma tão apertada que provoque hipóxia. Se a circular estivesse presente, o cordão era desenrolado à volta da cabeça, porém, se a circular fosse apertada era necessário efetuar laqueação prévia do cordão umbilical (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Durante o estágio foi presenciado um caso onde foi necessário a laqueação prévia do cordão, sendo que foi resolvido sem incidências. Nestas situações é fundamental manter a calma. Esta situação foi uma experiência gratificante, pois também é necessário saber intervir em situações que fogem ao padrão normal relativamente ao decurso do trabalho de parto e parto.

A laqueação tardia do cordão umbilical parece trazer vantagens para o RN, pois aumenta o nível de hemoglobina e de ferro. Esta intervenção foi fundamentada pela revisão sistemática que envolveu 15 ensaios randomizados, apresentando um total de 3911 mulheres e RN, onde se conclui que a clampagem tardia do cordão em recém-nascidos de termo aumenta a concentração de hemoglobina e de ferro até seis meses após o nascimento. Acrescenta ainda que não encontraram diferenças significativas nas taxas de hemorragia pós-parto. Quanto à clampagem precoce do cordão (antes dos 30 segundos após o nascimento), as possíveis

vantagens incluem permitir uma rápida reanimação e tratamento do RN, a colheita de células estaminais e prevenção de potencial hemorragia pós-parto, embora esta última vantagem não seja vista como uma vantagem nas guidelines mais recentes (McDonald, Middleton, Dowswell, & Morris, 2013).

Após a exteriorização do pólo cefálico, amparava-se a cabeça do feto auxiliando a rotação externa e uma vez completada, era libertado o ombro anterior seguido pelo posterior e restante corpo, sempre a proteger o períneo com a mão direita. O RN era seguro firmemente, colocado ao mesmo nível que a mãe. As secreções da face do RN eram removidas com compressas esterilizadas, para facilitar a drenagem das secreções e permeabilizar a via aérea, em conjunto com a estimulação. Caso o RN se encontrasse bem, era colocado sob o abdômen materno com um lençol aquecido. Seguidamente, o cordão umbilical era clampado e cortado, sendo incentivado o corte do cordão umbilical pela mãe ou pelo pai. Imediatamente após o nascimento era visualizada a hora do nascimento, com avaliação do índice de Apgar ao 1º minuto e os pais eram felicitados pelo nascimento e colaboração (Hockenberry & Wilson, 2014).

Caso fosse necessário, era realizada a colheita de sangue do cordão umbilical para determinação do grupo sanguíneo do RN, se estivessemos perante uma incompatibilidade Rh/ABO, ou para a criopreservação das células estaminais.

Após a laqueação do cordão, as medidas implementadas eram a aspiração das vias aéreas, a estimulação tátil e a manutenção da temperatura corporal através do aconchego do RN num lençol aquecido sob fonte de calor, medidas estas que foram geralmente suficientes para a maioria dos RN estabelecerem a sua adaptação à vida extrauterina. O índice de Apgar oferece uma avaliação padronizada, eficiente da adaptação do RN à vida extrauterina que se baseia em cinco critérios: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. A cada critério é atribuído uma pontuação de 0 a 2, ao 1º, 5º e 10º minuto de vida. Assim a um RN pode ser atribuído um índice de Apgar entre 0 e 10, de acordo com as suas condições físicas ao nascer (Li, et al., 2013). Felizmente, segundo Chair, et al., (2015), só 10% dos RN precisam de algum tipo de assistência para começar a respirar e requer ressuscitação cardiopulmonar avançada. Para além disto, tivemos também em consideração a vigilância dos sinais, se existia dificuldade respiratória como o adejo nasal, tiragem ou gemido. Sempre que houve necessidade de manobras de reanimação mais diferenciadas, foi solicitada a presença do pediatra na sala de partos.

Sempre que o estado do RN o permitiu e a mãe o desejou, o contacto pele a pele foi encorajado e praticado. Segundo as recomendações da OMS (World Health Organization, 2018), os recém-nascidos que não apresentam qualquer tipo de complicação, é recomendado realizar contacto pele a pele com as suas mães, durante a primeira hora após o parto, de forma a prevenir a hipotermia e para promoção da amamentação. O contato pele a pele entre mãe e filho era iniciado imediatamente após o nascimento, de forma contínua e prolongada. A promoção do contato pele a pele entre mãe e filho foi alvo da nossa atenção, sendo que foi promovido e incentivado em todos os nascimentos. Assim, o RN era colocado nu, sob o peito da mãe, e tapado com um lençol aquecido. Era mantido sob vigilância com a mãe, mesmo durante a correção de lacerações e episiorrafia, caso existisse.

É ainda de referir que a separação do RN para a realização de procedimentos foi minimizada ao máximo, quando este era de baixo risco. Pois o facto de os cuidados serem prestados fora do campo visual da mãe proporciona ansiedade e sensação de medo, preocupação e afastamento do filho. O estudo de Phillips (2013) refere que esta técnica é extremamente benéfica tanto para o RN como para a mãe, já que beneficia a amamentação, interação entre mãe e RN, acalma o RN e ajuda a estabilização cardiorrespiratória e não apresenta efeitos negativos.

Após o nascimento, inicia-se o terceiro estadio do trabalho de parto, designado de dequitação. A dequitação decorre logo após a expulsão do feto e define-se como a expulsão da placenta. A diminuição súbita das dimensões uterinas é inevitavelmente acompanhada por uma redução da área de implantação da placenta, a qual sofre um espessamento e um pragueamento. A tensão resultante provoca uma clivagem ao nível da camada esponjosa, que é frequentemente acompanhada pela formação de um hematoma retroplacentário, o que acelera o processo de separação da placenta do seu local de inserção (Graça, 2017).

É nesta fase que a parturiente se encontra em maior risco de hemorragia pós-parto. A nossa conduta e vigilância foi cuidadosa e contínua, no sentido de controlar o risco de hemorragia. De acordo com o protocolo do CMIN, era iniciada a perfusão de ocitocina (World Health Organization, 2018). Também massajávamos circularmente o fundo uterino para ajudar e nos podermos certificar que o globo de segurança de Pinard estava formado. De acordo com o protocolo, inicia-se a perfusão de 10UI de ocitocina em 1000ml de soro polieletrólítico a um ritmo de 500ml/h (Montenegro, Rodrigues, Ramalho, & Ayres de Campos, 2014; World Health Organization, 2018).

Geralmente, a separação da placenta ocorre alguns minutos após o parto. Nesta fase a puérpera mantém-se em posição de decúbito dorsal, com a cabeceira mais baixa. Posteriormente explicávamos que poderia sentir contrações e que estas estariam associadas à expulsão da placenta. Se a puérpera se encontrasse em boas condições clínicas, tais como perda sanguínea escassa, poderia aguardar-se até uma hora após o parto. Vigiávamos os sinais de descolamento da placenta: o útero globoso e firme, sinal do cordão, golfada de sangue e o sinal de Krustner. Se se verificassem estes sinais, pedíamos à mulher que realizasse pequenos esforços expulsivos para a placenta se exteriorizar e procedia-se à tração controlada do cordão umbilical, para tornar mais fácil a saída da placenta e, posteriormente, à rotação contínua desta para evitar a fragmentação das membranas (Graça, 2017).

Pudemos observar os dois tipos de dequitação existentes: a de *Schultze*, caracterizada pela separação da placenta se iniciar pela sua zona mais central, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta e pelo aparecimento inicial das membranas e a de *Duncan*, em que o descolamento da placenta se inicia pela periferia, pelo que a hemorragia resultante, separando as membranas da parede uterina, se exterioriza antes de a placenta ser visível na vulva (Graça, 2017). Durante o estágio foi mais comum assistir a dequitação do tipo *Schultze*, no entanto ainda foram presenciadas algumas dequitações do tipo *Duncan*.

Após a dequitação, era inspecionada a placenta, confirmado a integridade desta, dos cotilédones, a presença do córion e âmnios, o número de vasos do cordão (uma veia e duas artérias) e o seu local de inserção (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016). Entre as anomalias advertidas durante o percurso de estágio, é de destacar, a presença de calcificações, sobretudo na presença de fetos com RCIU, cotilédones aberrantes e um cordão apenas com dois vasos (uma veia e uma artéria). Nestes casos, a placenta era guardada num recipiente próprio, para de acordo com o protocolo ser enviada para a anatomia patológica para análise.

Os primeiros cuidados ao recém-nascido envolveram a identificação com duas pulseiras: uma com a identificação da mãe e outra pulseira eletrónica de segurança. Seguidamente, o RN era pesado, medida a altura e o perímetro cefálico. Era também por nós administrada a vitamina K, 1mg de Fitomenadiona (via intramuscular) na coxa do RN à esquerda, com o intuito de prevenir a hemorragia, já que no RN, pode verificar-se uma deficiência de vitamina K, relativamente ao adulto, que, embora seja fisiologicamente normal, pode ser mais acentuada no caso de existir alguma deficiência na transfusão placentar, ou até mesmo no caso de corte do cordão umbilical precoce. Era, também, administrado o cloranfenicol (1

gota em cada olho). Esta prática é ainda recomendada de forma profilática, para prevenção de infecção oftálmica do RN, sendo os agentes principais *clamydia* e *gonococos*. (World Health Organization, 2018).

As intervenções relacionadas com a observação foram muito importantes nesta fase, tendo sido sempre observados os reflexos do recém-nascido, assim como foi efetuado o despiste de possíveis alterações morfológicas. No que diz respeito aos reflexos, estes proporcionam informação útil acerca do estado neurológico do recém-nascido. Qualquer alteração foi registada e avaliada. Nos partos distócicos por ventosa é frequente o recém-nascido apresentar *caput succedaneum* (edema do couro cabeludo, devido ao aumento dos fluídos tecidulares da pele do crânio), que é avaliado e registado, para posterior avaliação. Esta alteração era registada, assim como qualquer outra alteração era também comunicada e explicada aos pais, de forma a não os alarmar (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016).

Posteriormente era inspecionada a vulva e vagina para identificar a presença de lacerações. Caso se verificasse a integridade do períneo, eram realizados cuidados de higiene perineal, e a puérpera era devidamente posicionada na cama de parto, proporcionando maior conforto à mesma. Se fossem verificadas lacerações de 2º grau e se se tivesse executado a episiotomia, estas eram corrigidas nesta altura. Presenciamos dois casos de lacerações de 3º e 4º grau que tiveram de ser corrigidas pelo obstetra.

Antes de iniciar a episiorrafia, era preparado e reunido todo o material. Eram asseguradas todas as normas de assepsia e limpeza do períneo com soro fisiológico. Caso a parturiente não tivesse analgesia epidural era preparado o material para analgesia do períneo com Lidocaína a 2%. A iluminação era assegurada com a correta colocação do foco de luz, de modo a otimizar a visualização da ferida, bem como, a lavagem higiénica das mãos, colocação de bata e luvas esterilizadas.

A reparação de qualquer tipo de episiotomia ou de lacerações é realizada em dois planos: plano da mucosa vaginal, seguido do plano muscular. É aconselhada ser executada a sutura contínua, por estar associada a uma menor dor no pós-parto. Quanto à escolha do material de sutura, a evidência científica refere que o material escolhido é indicado ser de reabsorção rápida e de pouca reação do hospedeiro, de modo a evitar a necessidade de remoção de pontos e minimizar a dor no pós-parto. A sutura de poliglactina absorvível (Vicryl Rapide™) cumpre estes requisitos, é a mais frequentemente utilizada e tem uma força tênsil de 10 a 12 dias e absorção em 42 dias (Graça, 2017).

Após a sutura era examinado, novamente, a vagina e o períneo, e era removida a sonda vesical. Porém, por vezes, a sonda vesical era removida antes do momento dos puxos realizados pela mulher. Posteriormente era feito um exame através da palpação para verificar se o globo de segurança de Pinard estava bem formado, assim como era efetuada a vigilância da perda sanguínea. Por fim, era proporcionado o conforto à puérpera e realizada a antisepsia da zona perineal. Ensinar a puérpera sobre os cuidados a ter com a ferida perineal e instruir a puérpera como deveria fazer a sua higiene diária: com água e sabão com pH neutro, com movimentos da frente para trás, bem como proceder à mudança frequente do penso higiénico, o uso de roupa interior de algodão e, as medidas de alívio da dor, como uso de gelo tópico e almofadas (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016).

Após a conclusão dos cuidados à mãe, o RN que se encontrava na fonte de calor, era colocado, de novo, junto da mãe no sentido de promover a vinculação, a parentalidade e os afetos, evitando deste modo a ansiedade da separação. Segundo a OMS (2018), todos os recém-nascidos, incluindo bebés com baixo peso ao nascimento e que são capazes de serem amamentados é aconselhado colocá-los à mama o mais rápido possível após o nascimento, quando estiverem clinicamente estáveis, e a mãe e o bebé estiverem prontos.

O CMIN é um hospital Amigo dos Bebés. Neste contexto esta foi mais uma razão para que a amamentação na primeira hora de vida fosse uma prática fomentada, logo após o nascimento no puerpério imediato, sem que detivéssemos descurado as intervenções do vigiar e o apoiar na primeira mamada para que a mulher se sentisse mais segura e mais próxima do seu filho ao iniciar a sua aprendizagem sobre a amamentação. Pois, de facto, este contacto inicial é uma aprendizagem para ambos e também uma ótima oportunidade para a estimulação, já que a saída de colostro não é, habitualmente em muita quantidade numa fase inicial. No entanto, estudos demonstram que este contacto inicial é fundamental já que aumenta muito o sucesso da amamentação e proporciona a opção pela amamentação exclusiva no primeiro mês de vida do RN, promovendo a amamentação eficaz e tempo de aprendizagem de ambos. Além disso, a estimulação do útero, pela libertação de ocitocina, durante a amamentação também contribui para a contração uterina.

Nesta fase inicial da amamentação desenvolvemos intervenções no sentido de instruir a puérpera relativamente à pega correta e ao posicionamento do RN, o ensinar e apoiar foi mediante a necessidade da situação, já que nas primeiras horas pós-parto a mulher está cansada e não tem a mesma capacidade de interiorizar e assimilar a informação que lhe é dada.

Foi possível auxiliar e assistir na execução de 16 partos distócicos com aplicação de ventosa. O parto distócico por ventosa é o método de nascimento que envolve a aplicação de uma ventosa na cabeça fetal, utilizando a pressão negativa para facilitar a sua saída. Existem várias complicações para o RN e para a mulher, no entanto só verificámos o cefalohematoma no RN e as lacerações perineais e vaginais na mulher. Durante a intervenção, participámos no parto, colaborámos na preparação do material para a aplicação da ventosa e também instruímos e orientamos a parturiente no posicionamento, tendo sempre o cuidado de informar e explicar à parturiente sobre a sequência dos procedimentos. A frequência cardíaca fetal era avaliada continuamente e a parturiente era incentivada a realizar os esforços expulsivos durante as contrações. Após o nascimento tal como nos partos eutócicos, a prioridade era realizar uma avaliação rápida do RN, do índice de Apgar verificar a permeabilização das vias aéreas (Graça, 2017). Também assistimos a três partos distócicos com a aplicação de fórceps.

A Organização Mundial de Saúde recomenda a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto, sendo este um companheiro à escolha da mulher (World Health Organization, 2018). A presença do acompanhante, na maioria dos casos, foi o pai do RN, tendo sido uma presença efetiva. O relacionamento e a presença do pai da criança é uma parceria de grande importância para as mulheres. A presença desta figura torna a mulher mais segura e confiante e com um sentimento de apoio (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015).

Durante o trabalho de parto e parto aliado ao apoio da equipa de saúde, consideramos ter sido muito importante o apoio e ajuda do parceiro, para tornar uma experiência de parto positiva. O apoio do profissional de saúde é complementar, mas distinto do apoio fornecido pelo seu ente significativo. O apoio fornecido por alguém muito próximo da mulher é de grande benefício para esta e não substitui o apoio da enfermeira (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015; Ross-Davie & Cheyne, 2014).

Procurámos manter um ambiente seguro e acolhedor para que os pais expressassem as suas dúvidas, com o companheiro e com os profissionais de saúde, o que se verificou na maior parte dos casais, principalmente com aqueles que tinham assistido às aulas de preparação para o parto. Assim, concordamos com a perspetiva de Karlström, Nystedt, & Hildingsson (2015) de que é importante que nós, como futuras EESMO's, incentivemos o parceiro a fazer parte de uma equipa na qual todos trabalham pelo melhor interesse da mulher e do RN.

No caso de existir uma patologia associada ou concomitante com a gravidez, a monitorização da situação era adequada a esta mesma patologia. São exemplos ao longo do estágio os casos de diabetes mellitus e a hipertensão arterial. Relativamente aos casos de pré-eclâmpsia durante a gravidez, manteve-se o balanço hídrico, vigilância de sintomas e, vigilância da tensão arterial durante o parto, devido ao diagnóstico de risco de hipertensão e risco de hipotensão devido à analgesia epidural. Relativamente a diabéticas, quer insulinotratadas, como não insulinotratadas, seguimos os protocolos preconizados pelo CMIN que determinam a atuação e vigilância adequada. No caso da grávida ser insulinotratada era iniciada a perfusão com soro glicosado, assim como perfusão contínua de insulina segundo esquema protocolado e era avaliada a glicemia capilar de hora a hora. No caso da parturiente efetuar o seu controlo de glicemia só com dieta, era apenas administrado soro glicosado e avaliada a glicemia capilar de quatro em quatro horas, assim como era vigiados os sintomas de hipo e hiperglicemia. Em ambos os casos, o recém-nascido foi avaliado pelo pediatra. Relativamente ao RN, filho de mãe diabética, pelo risco de ocorrerem hipoglicemias, a monitorização da glicemia capilar foi realizada antes das mamadas e até se verificarem três valores consecutivos a 50mg/dl (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016).

Nas duas horas após o parto a puérpera ficava sob observação na sala de partos, tal como é norma no serviço. Durante esse período, vigiamos o bem-estar materno: a avaliação da coloração da pele e mucosas, se sinais vitais estáveis e condições de contratilidade uterina. Após expressão uterina, se a perda sanguínea fosse normal e após orientar para o autocuidado, se o RN estivesse em condições ideais, procedia-se à transferência de ambos para o serviço de internamento de Obstetrícia. No momento da transferência, eram reportados à enfermeira responsável pela puérpera e RN, os seguintes dados: índice obstétrico, antecedentes relevantes (doenças, alergias, grupo sanguíneo, rastreio positivo para EGB), tipo e hora do parto, estado de integridade do canal de parto/ presença de ferida cirúrgica/lacerações, evolução do pós-parto imediato (condição do útero e tipo de lóquios, início e tolerância da dieta, micção espontânea), avaliação do bem-estar neonatal, tipo de alimentação e horário da última mamada e a existência de complicações maternas ou neonatais, caso se verificassem.

Ao longo deste estágio de natureza profissional com relatório final, neste módulo de trabalho de parto e parto pudemos constatar que o parto é o momento mais esperado, verificando-se uma manifestação de um misto de sentimentos: ansiedade, stress e por fim de uma alegria inexplicável. O momento do parto é a etapa mais significativa para a parturiente, RN e familiares, processo que depende de horas e provoca profundas mudanças fisiológicas e

psicológicas. Esta constatação, veio reforçar a consciência da responsabilidade que o EESMO assume num processo que tem tanto de complexo como de desafio. Vigiar e monitorizar o trabalho de parto e executar o parto, requereu desenvolver o espírito crítico, o autocontrolo, para além dos conhecimentos necessários, para identificar os focos de atenção, realizar os diagnósticos, delinear as intervenções adequadas, face aos resultados esperados e ganhos em saúde. Também a capacidade de discernir quando devíamos prosseguir tendo em conta a nossa autonomia e competências, mas também tomar a decisão de comunicar, no momento certo, situações que estavam para além da nossa área de atuação e competência.

Na figura 2 apresentamos o número de partos eutócicos realizados, com ou sem a realização de episiotomia. Dos partos eutócicos realizados, foi possível a prática de sutura em 18 deles.

Também foi prestada a assistência nos partos cefálicos, tanto eutócicos, como distócicos por ventosa ou distócicos por fórceps, como pode ser comprovado na figura 3.

Figura 2: Partos eutócicos realizados

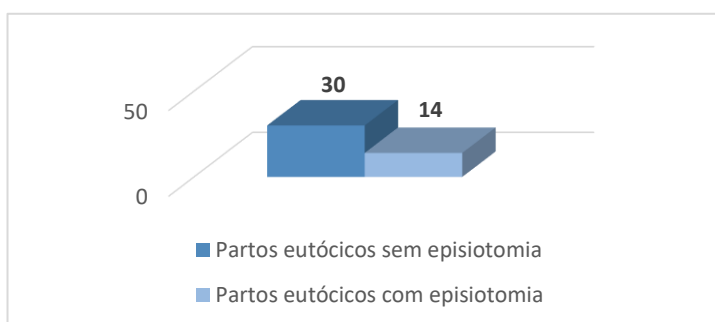
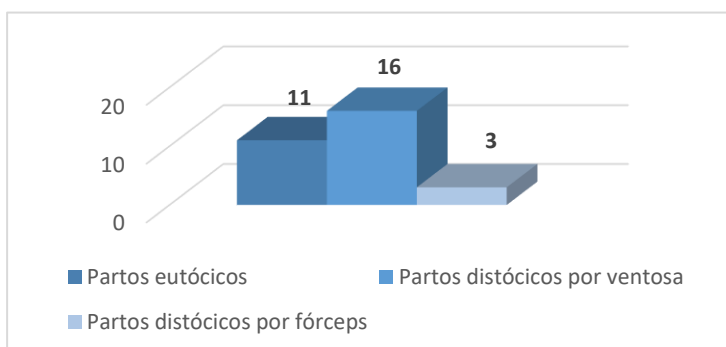


Figura 3: Partos assistidos



1.3. Desenvolvimento de competências na área do autocuidado no pós-parto e parentalidade

O módulo de estágio “Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade” iniciou no dia 17 de dezembro de 2018 e terminou no dia 22 de fevereiro de 2019. Este módulo teve como objetivos gerais “promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal” e “diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Durante o estágio foi essencial o desenvolvimento e aquisição de um conjunto de saberes e competências técnico-científicas e culturais fundamentais para uma intervenção especializada como futuras EESMO's à puérpera, recém-nascido, casal e família, no processo de autocuidado, de transição e de adaptação à parentalidade, de forma a que essa se tornasse numa experiência positiva.

O puerpério é definido como o conjunto de modificações físicas e psíquicas que ocorrem na fase do pós-parto, tendo como objetivo que o corpo e a mente da mulher voltem ao estado anterior à gravidez e, de forma a prepará-la para a amamentação (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016). O período pós-parto dura cerca de 6 a 8 semanas após o parto, sendo que pode ser dividido em três fases: puerpério imediato (período que decorre desde o nascimento até às primeiras 24 horas), puerpério precoce (período que decorre até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (período que termina no final da sexta semana após o parto). Durante esta fase do puerpério, especialmente nos primeiros dias, a mulher vive um período de transição, encontrando-se vulnerável a qualquer tipo de problema. Esta vive dificuldades associadas à fisiologia do puerpério, dificuldades no cuidar do filho e dificuldades psicossociais. Assim, a puérpera, durante o puerpério precisa ser vista na sua totalidade, por meio de uma visão integral que considere o contexto sociocultural e familiar. Enquanto profissionais de saúde estivemos atentos e disponíveis para perceber e considerar as reais necessidades apresentadas por cada mulher. Neste período, é fundamental sermos sensíveis aos cuidados porque é aqui que se começa a formar o vínculo familiar, como um processo especial que não deve ser prejudicado, a menos que surjam complicações maternas ou neonatais (Andrade, Santos, Maia, & Mello, 2015).

Para prestar cuidados apropriados à puérpera e ao RN, mobilizámos conhecimentos sobre a anatomia e fisiologia materna, período de recuperação, características físicas, comportamentais e cuidados ao RN. Para uma melhor organização, iremos abordar inicialmente os cuidados específicos à puérpera e posteriormente, os cuidados ao RN.

O processo de admissão da puérpera e do RN no serviço de Puerpério inicia-se através de um aviso telefónico prévio do núcleo de partos ou do bloco operatório, dependendo do tipo de parto, para o serviço de puerpério. Através desse telefonema, já era fornecida alguma informação acerca da puérpera e do RN, o tipo de parto, a idade gestacional, a hora do nascimento e o puerpério imediato.

Aquando a entrada no serviço da puérpera, apresentávamo-nos e acompanhávamos a puérpera até ao quarto onde era feita a confirmação da identificação da mulher, a identificação do RN e a confirmação da presença da pulseira eletrónica, explicando a sua função. Posteriormente, era apresentado o espaço físico, referindo a dinâmica do serviço e o horário de visitas. A consulta do processo clínico e a confirmação dos dados pela puérpera era uma das atividades realizadas de imediato. O propósito era conhecer a situação atual, nomeadamente: os antecedentes pessoais, a história obstétrica e da gravidez atual, o tipo de parto, o tempo decorrido desde a rotura de membranas até ao parto, a ferida cirúrgica, se foi ou não administrada analgesia, grupo sanguíneo, Estreptococos e hemorragia. Para além disto, eram monitorizados os sinais vitais e realizado um exame físico à mulher que abrangia: a avaliação da mama, do fundo uterino, dos lóquios, do períneo e a visualização do penso da ferida cirúrgica abdominal, caso tivesse sido submetida a uma cesariana. Relativamente ao RN, era consultado o processo: a hora do nascimento, o índice de Apgar, dados antropométricos, o peso e a hora da primeira mamada. Era também realizada uma avaliação física do RN, através da confirmação do sexo, a verificação do estado da clampagem do coto umbilical, de forma a prevenir o risco de hemorragia. Observávamos, ainda, os movimentos respiratórios, o estado da pele, a cabeça e os genitais.

Segundo Graça (2017), a mulher no puerpério imediato tem indicação para permanecer em repouso no leito até ao primeiro levante. Segundo o protocolo estabelecido no CMIN, o primeiro levante é efetuado consoante o tipo de parto, sendo no parto eutócico logo quando a mulher desejar e no caso da cesariana, após as 6 horas. Antes do primeiro levante da mulher que foi submetida a uma cesariana, esta iniciava uma dieta ligeira com chá e bolachas e caso tivesse ainda, era removida a sonda vesical. O levante era realizado na nossa presença, sendo que antes eram monitorizados os sinais vitais e avaliado o estado de consciência, pois há um risco aumentado de ocorrer uma lipotimia.

Também a primeira micção após o parto, foi objeto da nossa vigilância, pois segundo Néné & Sequeira (2016), os traumatismos provocados pelo parto e a anestesia, são fatores que predis põem a diminuição da vontade de urinar nas horas a seguir ao parto. Para além disto,

o aumento da diurese, potenciava o risco da distensão da bexiga, podendo desencadear uma hemorragia. A principal complicação da retenção urinária é que podia impedir o útero de se contrair eficazmente, o que podia levar à perda de sangue via vaginal, havendo também um risco aumentado de infeção urinária. Assim sendo o vigiar a eliminação urinária da mulher e incentivá-la a urinar, nas primeiras 6 horas após o parto foi uma das intervenções que consideramos imprescindível aos cuidados de qualidade. Pois, como foi referido anteriormente, a mulher nesta fase está sujeita a uma maior probabilidade de infeções urinárias, porque anatomicamente as vias urinárias superiores mantêm-se dilatadas até cerca da sexta semana após o parto, o que leva a que haja uma distensão e diminuição da sensibilidade vesical.

A eliminação intestinal espontânea nem sempre acontecia nos dois a três dias após o parto. A alteração da função intestinal é originada pelo jejum prolongado, pela desidratação e pelo repouso da puérpera, levando ao risco de obstipação. As mulheres, muitas vezes, referiam desconforto pelos movimentos peristálticos, causados pela sensibilidade perineal resultante da episiotomia, lacerações ou hemorroides, sendo estes os motivos referidos por estas para evitar a evacuação. Deste modo, as nossas intervenções foram no sentido de incentivar as puérperas, de forma a estas manterem uma ingestão hídrica adequada e uma dieta rica em fibras, apoio o apoio da nutricionista. Também era incentivada a deambulação, de forma a restabelecer o trânsito intestinal. Caso a eliminação intestinal não tivesse sido restabelecida antes das 48 horas após o parto, eram fornecidos laxantes, de acordo com a indicação médica, de forma a garantir que todas as puérperas tivessem o trânsito intestinal restabelecido antes da alta (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016).

Avaliar o estado das mamas e dos mamilos, nomeadamente quanto à constituição do mamilo, da existência de colostro e quanto à presença de sinais fora do normal, foi uma intervenção frequente. Nesta avaliação era também tido em conta a sensibilidade, a temperatura, o edema, o aspeto, a integridade da pele e o formato do mamilo.

Também o períneo era inspecionado quanto ao seu aspeto e quanto à presença de ferida perineal, quer por laceração, quer por episiotomia. Verificávamos a existência da ferida perineal e caso existisse pesquisávamos a presença ou não de sinais inflamatórios que pudessem dificultar a cicatrização. Assim sendo, para além da vigilância do períneo, pelo menos uma vez dia, estes momentos eram aproveitados para estabelecer alguma relação empática com a mulher e casal e simultaneamente aproveitávamos este momento para concretizar intervenções como explicar, ajudar instruir e orientar de acordo com as

necessidades e questões que o casal precisava que fossem clarificadas. Uma das intervenções significativas foi ensinar as puérperas como reconhecer os sinais de infecção da ferida. Eram instruídas sobre como realizar os cuidados de higiene perineais de forma diária: a troca do penso higiênico de forma regular, a lavagem do períneo com água tépida e sabão de pH neutro e, limpeza perineal no sentido ântero-posterior após cada ida à casa de banho, assim como, era explicado que os pontos de sutura são absorvidos por volta do 7º ao 10º dia, com cicatrização por volta de duas a três semanas. Na inspeção do períneo ainda fazíamos o rastreio quanto à presença de hematomas ou hemorroides (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Para a redução do edema e ou de outros sinais inflamatórios, para a prevenção de hematomas e, para o alívio da dor perineal, resultante do parto vaginal, era fornecido às mulheres gelo, envolvido em compressas, para a aplicação na zona perineal. A crioterapia foi uma das terapias usadas, aplicada durante 10 minutos a cada 3 a 8 horas e, a temperaturas entre os 10°C e os 15°C, sendo este o intervalo recomendado para a analgesia. No caso da persistência da dor após a aplicação do gelo, administramos fármacos analgésicos orais tais como: Paracetamol e Ibuprofeno (Francisco, Oliveira, Leventhal, & Bosco, 2013; Pelecki, Francisco, & Oliveira, 2017).

No caso do parto por cesariana, foi importante vigiar a ferida cirúrgica abdominal. Aquando a chegada da puérpera ao serviço de puerpério, era observado o estado do penso abdominal. O levantamento do penso só era realizado ao 4º dia, no dia da alta, ou no caso do penso se encontrar com serosidade ou repassado.

O regresso a casa era preparado durante o internamento. De acordo com a observação do estado da ferida cirúrgica, eram fornecidas algumas informações e instruções, como evitar esforços e o levantamento de pesos, apoiar a sutura para tossir ou espirrar, no caso de ter pontos externos, estes deveriam ser retirados entre o 8º e 10º dia pós-parto e, no caso dos pontos intradérmicos, estes eram absorvidos. Para além disto, eram advertidas que se aparecesse exsudado, cheiro fétido, febre, rubor e/ou calor no local da sutura, deveriam dirigir-se ao serviço de urgência.

Uma das adaptações fisiológicas da mulher no pós-parto é a involução uterina, sendo o retorno do útero ao estado não gravídico. Nas primeiras 12 horas é normal que o fundo uterino se encontre cerca de 1 cm (centímetro) acima da linha do umbigo. A involução progride rapidamente nos dias que se seguem, cerca de um a dois centímetros por dia, deixando de ser palpável, geralmente, após o 10º dia. Esta involução uterina é devida em

grande parte à contração das fibras musculares. Este processo é afetado pelo tipo de parto, pela paridade e pela amamentação (Gomes & Santos, 2017).

A causa mais comum de hemorragia excessiva a seguir ao parto é a atonia uterina, isto é, a incapacidade de o útero contrair eficazmente. De forma e, para prevenir esta situação, observávamos com frequência o tónus do útero e efetuávamos a massagem de forma suave no fundo uterino, sempre que este se encontrava pouco firme (Graça, 2017; Néné & Sequeira, 2016). Ao mesmo tempo, as puérperas eram advertidas e instruídas sobre as causas e os riscos de atonia uterina.

A perda sanguínea durante o puerpério designa-se de lóquios. Era ensinado às puérperas as características dos lóquios e sinais de alerta, de acordo com Gomes & Santos (2017). Nos primeiros dias após o parto, estes são constituídos, essencialmente, por eritrócitos e fragmentos de decídua e são de cor vermelho vivo, designando-se de lóquios hemáticos (*lochia rubra*). A partir do 5º dia, tornam-se rosados/ acastanhados e o fluxo diminui, pelo que são chamados de lóquios sero-hemáticos (*lochia serosa*). Por fim, os lóquios serosos aparecem por volta do 10º dia e adquirem uma coloração amarelada e um aspeto mucoide e espesso, devido a um predomínio de leucócitos (*lochia alba*).

Como referido anteriormente, a monitorização dos sinais vitais era efetuada aquando a admissão e, posteriormente, pelo menos duas vezes por dia. A monitorização dos sinais vitais maternos, principalmente a tensão arterial, a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a temperatura e a dor, permite-nos conhecer o estado hemodinâmico da puérpera e alertar-nos para potenciais complicações.

Durante este módulo do estágio, foi possível a administração da vacina da imunoglobulina anti-D a uma puérpera. Segundo Ferreira (2018), após o nascimento, deve ser realizada tipagem ABO e RhD do recém-nascido, através do cordão umbilical e, caso o bebé seja D positivo, todas as mulheres D negativas, que anteriormente não foram sensibilizadas, devem receber a imunoglobulina anti-D num período ideal de 72 horas após o parto, para proteção de uma gravidez futura. A evidência científica recomenda a administração profilática até o 28º dia pós-parto, porém quanto maior a demora na administração, menor a probabilidade de ser eficaz. A administração só era realizada após o consentimento informado da puérpera, dado pelo médico.

A gravidez e o parto são processos e experiências únicas na vida da mulher e do seu companheiro, envolvendo também as suas famílias e a comunidade. Estes exigem adaptações psicofisiológicas e sociais. Ao longo do estágio, procurámos ajudar a mulher/

casal nesta fase de adaptação, com a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e o incentivo para as puérperas frequentarem cursos de recuperação pós-parto, de modo a permitir o encontro com outras mães e, aliarem, simultaneamente, o exercício ao convívio. Os casos das mães e dos casais a quem prestámos cuidados nenhum deles foi identificado como caso de transtorno do foro mental. No entanto, os cuidados subjacentes neste âmbito e a vigilância estiveram sempre presentes, através da presença e escuta ativa (Gomes & Santos, 2017).

Os cuidados ao RN, como o banho, cuidados ao coto umbilical, a mudança da fralda, entre outros, são procedimentos, que para os novos pais, parecem ser complicados, causando-lhes bastante inquietação. Assim, é fundamental a educação para saúde através dos ensinamentos, da demonstração e da instrução sobre a prática dos cuidados ao RN. Numa primeira fase, estas atividades eram asseguradas pela equipa de enfermagem, sendo que nas vezes seguintes já eram os pais que assumiam e experienciavam sob a nossa orientação.

Neste processo da parentalidade, nem todos os casais têm as mesmas necessidades, pelo que foi essencial conhecer quais os conhecimentos, expectativas e atividades de cada membro do casal para implementar as intervenções necessárias.

O primeiro banho do recém-nascido é um dos procedimentos que gera mais ansiedade aos pais, no entanto é um dos momentos mais esperados pelo casal, devido a ser muito gratificante para estes. No serviço de puerpério do CMIN, o banho é realizado durante o período da tarde, pois assim, o pai ou outro cuidador de referência poderia estar presente. No entanto, era explicado aos pais que em casa, era recomendado avaliar a reação do RN para decidir o horário do banho, advertindo que ao final da tarde, este tem um efeito calmante e geralmente fornece a possibilidade da presença de ambos os pais. Porém, se o banho tiver um efeito excitante, este é indicado ser dado de manhã (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016). No internamento, o banho era realizado após as primeiras 24 horas de vida, sendo o recomendado aguardar pelo menos 6h, devido à presença do vernix caseoso, que protege o recém-nascido (World Health Organization, 2018). Também em relação ao banho ensinámos e instruímos os pais sobre os cuidados a ter, nomeadamente, a temperatura do ambiente, a preparação prévia da roupa, a temperatura e nível da água, a duração, o posicionamento do RN, a ordem do banho e os produtos a utilizar. De seguida eram instruídos sobre os cuidados a ter com o coto umbilical. Explicámos e incentivávamos os cuidados ao coto, devido a ser de uma importância relevante, já que previnem a infeção e promovem a cicatrização do mesmo. No CMIN a limpeza do coto era efetuada com álcool a

70°, uma vez por dia. Para além da demonstração da técnica era transmitido aos pais que o procedimento não causa dor ao RN, assim como era fornecida a informação sobre o processo de cicatrização da base do coto umbilical e sobre a queda entre o 4º e 14º dia. Os sinais de infeção (rubor, calor, cheiro fétido e exsudado purulento) eram também explicados aos pais, de forma a que estes se mantivessem em alerta para despistarem sinais de alarme (Barbosa, Moreira, & Ferreira, 2017).

Informar acerca das características, alterações e sinais de alarme do padrão de eliminação intestinal e vesical do recém-nascido, constituiu também uma das nossas intervenções. Em relação a este assunto, foi notório um grande défice de conhecimentos, pelo que, se os pais não estivessem devidamente informados, podiam alarmar-se com alterações que são, na verdade, fisiológicas. Desta forma, foi referido que é esperado que o RN tenha seis a oito micções e cerca de quatro dejeções por dia, bem como foram mencionadas as alterações da cor das fezes. Em alguns casos, houve bebés que apresentaram cristais de urato ou sangue na fralda (no caso das meninas), pelo que era explicado aos pais a razão deste acontecimento, de forma a diminuir a ansiedade que estes demonstravam. A par destes ensinamentos, a mãe e o pai foram incentivados a trocar a fralda ao RN com frequência (Johnson & Johnson, 2013).

Durante o internamento, também foi possível orientar os pais acerca do padrão de sono e vigília do recém-nascido, sobre a interpretação do choro (por fome, dor, desconforto e fadiga) e, também, sobre algumas estratégias para acalmar o bebé. Estes aspetos eram referidos de forma a potenciar a confiança e segurança dos pais na prestação de cuidados ao seu filho.

No que diz respeito às características e alterações da pele e mucosas, os pais também foram informados relativamente aos sinais mais comuns como o *vernix caseoso* ou o aparecimento da mancha mongólica. No caso dos RN's apresentarem bossa sero-hemática ou cefalohematoma, devido ao parto distócico por ventosa, era explicado aos pais como iria acontecer o seu desaparecimento, visto que este era um aspeto que os deixava muito ansiosos.

Durante o estágio deparámo-nos com dois casos de bebés com icterícia. Esta caracteriza-se pelo aparecimento da coloração amarelada no RN, sendo o seu aparecimento céfalo-caudal e os valores de bilirrubina são considerados anormais quando são superiores a 4mg/dl. Em ambos os casos foi necessário o recurso ao tratamento com fototerapia. Embora o tratamento não seja invasivo, foi importante explicar aos pais tudo sobre os cuidados a ter com o RN (RN com fralda e sem qualquer creme na pele). Para além disto, durante o

tratamento é fundamental promover a hidratação do bebê, pois a luz aumenta a perda insensível da água, pondo em risco a hidratação do RN. Também alertámos a mãe sobre a necessidade de uma amamentação eficiente para manter o equilíbrio hidroeletrólítico (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016). Esta é uma das preocupações dos pais, pois ficam ansiosos por saber se o filho terá de ficar internado para a realização da fototerapia.

Segundo Montenegro & Rezende (2014), é considerada hipoglicemia se a glicemia capilar do recém-nascido, avaliada através de punção plantar, se encontrar inferior aos 40 mg/dl nas primeiras 24 horas do recém-nascido. O diagnóstico de hipoglicemia é efetuado mediante os valores, mesmo que o RN não apresente sinais. Os sinais incluem hipotermia, diaforese, dificuldade de sucção, tremores, irritabilidade, letargia, cianose, palidez, entre outros. É importante estar atento a estes sinais, mesmo ao longo do internamento. Hipoglicemia no recém-nascido é de facto alarmante, já que habitualmente é associada a hipotermia, devido à incapacidade de regulação térmica quando o RN se encontra hipoglicémico. A atuação a ter neste caso é a administração de alimento, ou seja, amamentar. Para além disto, é importante verificar e monitorizar nos momentos após a hipoglicemia. Durante o estágio, não assistimos a casos de hipoglicemias graves, apenas algumas que reverteram após a mãe amamentar.

Um dos focos que requereu grande parte da nossa atenção foi a amamentação. A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2017) recomenda a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida. Aos seis meses, aconselha comida sólida, como por exemplo frutas e legumes triturados, que devem ser introduzidos como complemento da amamentação até aos dois anos de vida ou mais. A amamentação para além de formar e fortalecer o vínculo mãe-filho, também tem diversos benefícios tanto para a mãe, como para o bebê. O leite materno promove o desenvolvimento sensorial, cognitivo e imunológico do RN, tendo também efeito protetor a longo prazo contra a obesidade, diabetes, doenças do aparelho digestivo, linfoma e algumas alergias. Dos benefícios maternos destacam-se a diminuição do risco de diabetes, de cancro da mama e dos ovários, benefícios afetivos e psicológicos e facilita a involução uterina.

A amamentação é algo inato às mulheres, no entanto, muitas destas encontram dificuldades no início, o que foi possível experienciar durante o estágio. Muitas práticas de rotina, como a separação da mãe do bebê, o uso de incubadoras e o uso de suplementos através do leite de fórmula, fazem da amamentação uma tarefa difícil para as mães e para os bebês. As instituições de saúde que incentivam a amamentação, evitam essas más práticas e disponibilizam apoio na amamentação, através de conselheiros para as novas mães

encorajando-as a aumentar as práticas aconselhadas. Para fornecer este apoio e melhorar os cuidados às mães e aos recém-nascidos, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), desenvolveram a nível mundial a iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés, sendo o CMIN um desses hospitais. Neste âmbito, as intervenções desenvolvidas pela instituição têm como objetivo a promoção, proteção e apoio do aleitamento materno, ou seja, informar as mulheres sobre as vantagens do aleitamento materno quer para ela quer para o RN, informar sobre a técnica da amamentação, amamentar sempre que o RN queira, incentivar a mulher a não dar outro alimento para além do leite materno, a não ser que tenha indicação médica para tal e encorajar a não oferecer tetinas ou chupetas aos RN's, até que a adaptação do RN à mama esteja estabelecida (World Health Organization, 2017).

A maioria das puérperas apresentava dificuldades em colocar o RN à mama, pelo que eram auxiliadas durante as mamadas e eram efetuados os ensinamentos acerca da realização de uma pega correta, assim como eram abordados os sinais deste processo (RN com boca aberta, bochechas redondas, lábio inferior invertido e queixo junto à mama). Em todos os casos observávamos as mamadas de forma a despistar o mau posicionamento e de prevenir problemas provenientes de uma pega incorreta. As puérperas eram incentivadas a alternarem de posição entre as mamadas, com o objetivo de promover o esvaziamento de todos os ductos da mama. A estimulação do RN também foi essencial referir, sendo instruídas que para despertar o RN deveriam usar estratégias como despir o bebé, mudar a fralda, sentá-lo e massajar as mãos e os pés, sempre que necessário (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016).

Quanto à duração e frequência das mamadas, as puérperas foram aconselhadas a deixar o RN mamar até que este soltasse a mama espontaneamente e, só deviam oferecer a outra mama quando o RN esvaziasse a primeira mama e se este desejasse. Relativamente à frequência das mamadas, durante o período neonatal, se o RN dormir para além das três horas, a mãe deve acordá-lo para mamar. No entanto, após este período, se o RN mamar oito vezes por dia e apresentar ganho de peso, considera-se que não é necessário acordar o bebé, sendo que este pode mamar livremente até que esteja satisfeito (Mateo & Tobajas, 2013).

Estes e outros aspetos foram abordados com as mães no sentido de alertar para as modificações possíveis com que se pode confrontar perante os primeiros dois dias após o pós-parto. Pode haver poucas transformações nas mamas, havendo libertação de colostro, substância amarelada já existente na gravidez, constituído por uma grande concentração de

proteínas e anticorpos, que ajudam a imunizar o bebê contra infecções, particularmente gastrointestinais. A subida do leite ocorre por volta das 48-72 horas após o parto. As mamas, ficam tensas, duras e quentes, com a possibilidade de febre. Nesta fase, o leite materno passa a ser constituído por proteínas, hidratos de carbono, lípidos, sais minerais e vitaminas (Montenegro & Rezende, 2014).

Outro problema frequente que requereu a nossa intervenção precoce foi a maceração dos mamilos, com consequente aparecimento de fissuras devido à pega e sucção do bebê. Deste modo, este problema para além do desconforto e dor que causam, também podem ser uma porta de entrada para microrganismos e dar origem a uma infeção (mastite). Assim, as mulheres eram incentivadas a: continuar com a amamentação com a realização de uma pega correta; lavar as mamas com água corrente apenas uma vez por dia; evitar a aplicação de sabões e a fricção; lavar as mãos antes de iniciar a amamentação; colocar o próprio leite no mamilo no final da mamada ou um creme próprio para o efeito desejado; arejar o mamilo, através da utilização de conchas sob o soutien ou a exposição direta ao ar (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016).

Várias vezes, face ao diagnóstico de mama turgida, desenvolvemos a intervenção de instruir e ensinar sobre o esvaziamento manual de leite, para que a mulher estivesse preparada, caso necessitasse de esvaziar a mama após a subida/ produção de leite após a alta. Informamos também, que podiam utilizar bombas elétricas ou manuais. Durante o internamento as situações em que a bomba elétrica era utilizada são aquelas em que os recém-nascidos estavam na neonatologia e, portanto, as mães faziam estimulação com bomba e extração de colostro para ser dado ao seu filho.

Outra das intervenções realizadas foi o rastreio das cardiopatias congénitas mediante a “oximetria de pulso”. Era realizado após as primeiras 24 horas de vida, sendo que era executado no turno da noite. Este era efetuado através da avaliação dos batimentos cardíacos e a saturação periférica de oxigénio utilizando um sensor externo (oxímetro) no pé aquecido previamente, com o RN acordado e mais calmo possível. Antes de começar o rastreio foi explicado aos pais o motivo da sua realização e que não exige mais do que cinco minutos, sendo um procedimento indolor. Uma saturação abaixo de 95% era referenciada ao pediatra, permanecendo o RN em observação (Morais & Mimoso, 2013).

Os casais foram, ainda, informados sobre o esquema do plano nacional de vacinação. A primeira dose da vacina contra a hepatite B foi administrada, sempre que possível, no dia da alta, quando o RN tinha um peso igual ou superior a dois quilos (Direção Geral da Saúde,

2017). Para além da vacinação, por vezes durante o internamento era realizado o diagnóstico precoce ou o designado teste do pezinho, quando o RN ainda se encontrava internado entre o terceiro e o sexto dia de vida do bebé. Caso o regresso a casa fosse antes, os pais eram informados para recorrer ao seu Centro de Saúde. Este diagnóstico permite despistar várias e diferentes doenças hereditárias metabólicas. Os pais eram informados de que caso houvesse algum problema, eram contactados (Vilarinho, Pinho e Costa, & Diogo, 2015).

No regresso a casa, a saída do CMIN só era permitida depois da confirmação do dispositivo de transporte do RN. O código da estrada obriga à utilização de sistemas de retenção adequados à idade/ peso da criança (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016).

O puerpério continua após a alta hospitalar e, sendo o internamento um período muito curto (48 horas nos partos eutócicos e 72 horas nas cesarianas), devido a este motivo, na preparação para o regresso a casa, as puérperas/casais foram instruídos sobre alguns cuidados que era aconselhado terem em consideração para que o período restante corresse com normalidade. Esta abordagem foi essencial pelo facto de ser um momento de grande ansiedade e stress para a maioria dos casais, sobretudo nas mães e pais principiantes. Ajudar o casal a entender as mudanças nos diferentes níveis, nomeadamente, físico, psicoafectivo e social, foi favorecedor para ultrapassar as dificuldades que lhes possam surgir e assim torná-los capazes de prestar os devidos cuidados ao seu bebé (Gomes & Santos, 2017).

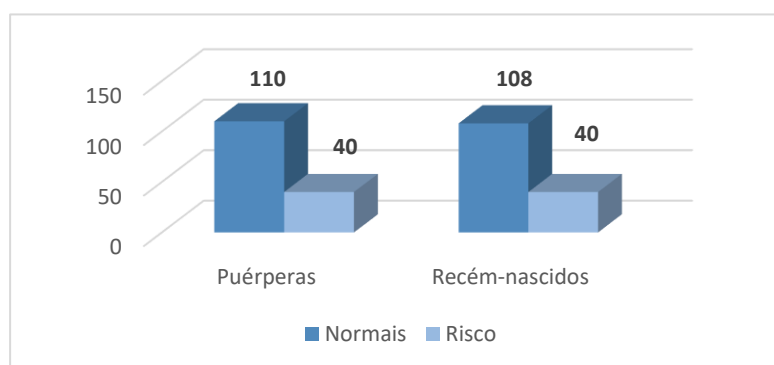
Assim, aquando a alta os pais eram informados acerca da primeira consulta de vigilância do bebé que deve ser realizada até ao 15º dia de vida do RN. Para além disto, a puérpera era incentivada a marcar a consulta de revisão puerperal no centro de saúde, cerca de um mês após o parto, para vigilância da puérpera e, se necessário, apoio na amamentação, entre outros. Alertámos também a puérpera sobre a dieta, exercício, vigilância puerperal, sinais de alerta maternos e neonatais, contraceção e atividade sexual. Relativamente aos exercícios, as mães foram informadas da importância de realizarem exercícios pós-parto, após a permissão médica, começando de forma progressiva dos mais simples até aos mais complexos (Graça, 2017; Montenegro & Rezende, 2014). Orientámos, também, o casal para a importância do planeamento familiar, pois muitos casais retomam a atividade sexual antes da consulta de revisão do puerpério, pelo que foi fundamental abordar esta temática durante a alta. Apesar de um estudo de Murdoch Childrens Research Institute de Melbourne concluir que as puérperas quer de parto vaginal, quer de parto por cesariana, não deveriam reiniciar a atividade sexual vaginal antes das seis semanas pós-parto (McDonald & Brown, 2013). Assim, as mulheres foram informadas acerca do intervalo de tempo ideal para o reinício da

atividade sexual, sendo recomendado reiniciar a atividade sexual desde que a mulher/casal se sinta bem para tal. Outra informação fornecida à mulher, foi a escolha dos métodos contraceptivos indicados para o período pós-parto. É aconselhado estes serem de acordo com a situação e opção do casal e indicados pelo médico e enfermeira de forma a serem os mais indicados para a situação. Quando a mulher pretende amamentar, o mais usual é a utilização de uma pílula progestativa (Cerazette®) que é iniciada ao 21º dia após o parto. Esta pílula não interfere com a amamentação, já que a progesterona não interfere com o ciclo hormonal inerente à amamentação (Montenegro & Rezende, 2014; Santos & Baptista, 2016).

Após a experiência vivenciada, neste contexto clínico e cuidados especializados, reconhecemos, que tornar-se mãe e pai é uma importante transição pessoal e familiar que testa as estratégias de adaptação ou *coping* dos adultos envolvidos. É uma experiência significativa e transformadora de vida que tende a ser associada a um período particularmente instável e vulnerável ao nível individual e interpessoal, onde são geradas importantes necessidades de apoio para as pessoas que estão a vivenciá-las. Na área dos cuidados à mulher, RN e casal após parto, a nossa atuação como futuras EESMO's foi no sentido de promover a autonomia da puérpera, potenciar a sua saúde e a do RN e promover a transição e adaptação à parentalidade.

A figura 4 demonstra o número de puérperas e recém-nascidos que constituíram o nosso alvo de cuidados e vigilância.

Figura 4: Puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância



2. O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA PARA UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA

O estágio realizado, assim como este relatório, permitiu uma reflexão profunda sobre o tipo de intervenções que os enfermeiros desenvolvem no sentido de tornar o parto e o nascimento num momento inesquecível, numa transição saudável e, sobretudo numa experiência positiva, já que este é um fenómeno que marca a vida do casal como um acontecimento único e para o qual o EESMO pode contribuir para que esta experiência do casal seja uma vivência inesquecível.

Foi, neste contexto, que procurámos problematizar as práticas, através da Prática Baseada na Evidência (PBE), de forma a dar resposta não só a uma das nossas preocupações, como também dar cumprimento a um dos objetivos, como parte integrante deste estágio de natureza profissional.

Este estudo tem como objetivo adquirir competências na área da investigação bem como dar resposta à contínua necessidade de mobilizar conhecimentos suportados na mais recente evidência científica, de forma a melhorar os cuidados especializados e que estes tenham reflexos nos ganhos em saúde para poderem contribuir para o desenvolvimento em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Aromataris & Pearson, 2014).

A OMS enfatiza a necessidade urgente de melhorar a qualidade dos cuidados em torno do trabalho de parto e parto. Esta organização propõe um modelo global intraparto que coloca a mulher e o seu bebé no centro da prestação dos cuidados (World Health Organization, 2018). Em comparação com os cuidados básicos de maternidade, os cuidados de enfermagem especializados prestados pelo EESMO podem aumentar as experiências de parto positivo das mulheres (McLachlan, et al., 2015).

Deste modo, problematizar esta temática tem como finalidade contribuir para o processo de tomada de decisão em enfermagem, de forma a ajudar a definir as intervenções mais adequadas. A PBE incentiva a utilização dos resultados da pesquisa na assistência de enfermagem e coloca ênfase na investigação como forma de aperfeiçoar as práticas (Chrisman, Jordan, Davis, & Williams, 2014).

A opção metodológica foi a revisão integrativa da literatura. Esta é um método que permite ao investigador aproximar-se da problemática que deseja conhecer, assim como, permite compreender a evolução do conhecimento sobre o tema. A revisão integrativa da literatura possibilita obter o acesso a uma síntese dos resultados das pesquisas publicadas previamente acerca do tema em estudo, sendo desta forma descrito o conhecimento no seu estado atual, o que facilita as modificações da prática do dia a dia. Assim, optámos por realizar este tipo de estudo contendo artigos sobre a temática, indexados nas bases de dados e cujas fases apresentamos de seguida: 1. Contextualização da temática; 2. Metodologia; 3. Apresentação dos resultados; 4. Discussão dos resultados; 5. Conclusão (Galvão & Pereira, 2014).

2.1. Contextualização da temática

O parto é algo que leva as mulheres a ficarem marcadas para toda a vida, afetando também a família (Dahlberg, et al., 2017; Karlsdottir, Sveinsdottir, Kristjansdottir, Aspelund, & Olafsdottir, 2017). A experiência de parto tem implicações a longo prazo para a saúde e bem-estar da mulher e, conseqüentemente na vida do RN (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015). Segundo Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari, & Sarafriz (2018) 10 a 34% de todas as mulheres grávidas são confrontadas com experiências traumáticas de parto. As experiências negativas de parto estão associadas a morbilidades maternas crônicas, traumas psicológicos do parto, stress pós-traumático, interrupções das relações interpessoais, diminuição das taxas de aleitamento materno exclusivo, medo do parto e aumento de cesarianas eletivas em futuras gravidezes (Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari, & Sarafriz, 2018). Os autores McLachlan, et al. (2015) referem ainda que mulheres que tiveram experiências de parto negativas tiveram menos filhos a seguir a esse episódio ou um intervalo maior para o segundo filho, podendo assim afetar a reprodução futura. À medida que as experiências negativas de parto aumentam, é necessário que os profissionais de saúde reflitam, analisem e repensem como as mulheres podem estar melhor preparadas para o trabalho de parto e parto (Lennon, 2018).

A experiência de parto positiva depende de fatores internos e de fatores externos. Os fatores internos incluem a própria capacidade e força da mulher em dar à luz. Os fatores externos compreendem a relação de confiança e de respeito com os profissionais de saúde, nomeadamente com a EESMO, uma abordagem holística no cuidado, diminuição das intervenções obstétricas, satisfação com o alívio da dor, com ou sem medicação, preparação

para o parto e o cumprimento das expectativas das mulheres (Dahlberg, et al., 2017; Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015; Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari, & Sarafraz, 2018).

A experiência de parto positivo é um desfecho significativo para todas as mulheres (World Health Organization, 2018). Para além disto envolve sentimentos maternos, como o controlo sobre o parto, autoestima, autorealização, orgulho em si mesmas, segurança, calma, sensação de liberdade para expressar os seus sentimentos e diminuição da ansiedade e do stress (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015; Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson, & Karlström, 2018; McLachlan, et al., 2015; Ross-Davie & Cheyne, 2014).

Partindo do princípio de que o parto tem um impacto e um potencial enorme para a saúde da mulher, optámos por estudar este problema sob uma revisão integrativa da literatura, no sentido de fundamentar a nossa tomada de decisão, centrada na prática baseada na evidência. Com este estudo pretendemos identificar que tipo de intervenções o EESMO pode realizar para tornar uma experiência de parto positiva.

2.2. Metodologia

As revisões integrativas da literatura têm sido um meio de resumir e apresentar visões gerais do conhecimento, atual e histórico, derivadas de um corpo de literatura, sendo que, frequentemente, utilizam a literatura já publicada. A necessidade de evidências para apoiar a prática clínica está em constante crescimento devido aos avanços que expandem continuamente as tecnologias, fármacos e outros tratamentos disponíveis para os utentes (Aromataris & Pearson, 2014).

O propósito da prática baseada na evidência é encorajar a utilização de resultados da investigação na prestação de cuidados nos diversos níveis de intervenção, reforçando a importância da investigação na prática clínica. A PBE é uma abordagem de solução de problemas para a tomada de decisão que incorpora a procura da melhor e mais recente evidência, competência clínica, os valores e as preferências do utente dentro do contexto dos cuidados (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Antunes, 2017).

A revisão integrativa da literatura é uma síntese de estudos que contém objetivos, materiais e métodos claramente esclarecidos e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reproduzível. Tem assim como método a formulação de um problema, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica e a análise dos dados e apresentação dos resultados. A

metodologia compõe uma das partes essenciais de qualquer estudo, uma vez que possibilita a colheita de informação conveniente, com procedimentos apropriados, identificando e realçando os aspetos mais importantes da investigação com a finalidade de alcançar os objetivos propostos. De entre as opções possíveis, decidimos desenvolver este trabalho de investigação com base numa metodologia qualitativa em forma de revisão integrativa da literatura (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Antunes, 2017).

Identificar a pergunta de investigação é um dos primeiros passos no planeamento da investigação e da pesquisa bibliográfica pois permite estabelecer a conduta de avaliação, como por exemplo, os critérios de inclusão e exclusão que são estabelecidos como resultado da questão formulada. Uma boa pergunta de pesquisa é formada por diversos componentes, tendo como base o método PICO, sendo a sigla constituída por *Participants*, *Interventions*, *Comparisons* e *Outcomes*. Assim, a questão de partida deverá especificar o tipo de população a estudar, os tipos de intervenções e de comparações e também os resultados que se esperam atingir (Aromataris & Pearson, 2014). Também de acordo com Karino e Felli (2012), a formulação da pergunta de partida pode ser realizada através da estratégia PICO, em que o P corresponde aos Participantes do estudo, I ao fenómeno de Interesse e Co ao Contexto do estudo. A aplicação da estratégia PICO à temática para melhor compreensão, encontra-se na seguinte tabela.

Tabela 1: Definição da pergunta segundo o esquema PICO

População	Intervenção	Resultados
Parturientes	Intervenções de enfermagem	Experiência de parto positiva

Através da aplicação da estratégia PICO foi possível formular a questão de investigação:

“Que tipo de intervenções o EESMO desenvolve para que as parturientes tenham uma experiência de parto positiva?”

Foram definidos os descritores Mesh no sentido de dar resposta à pergunta de investigação. Identificaram-se os seguintes: “positive birth” e “midwi*”, utilizando o carater booleanos “and” para conjugar os diferentes descritores, bem como o símbolo “” que permite a pesquisa de uma frase, séries ou palavras específicas.

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre novembro de 2018 a junho de 2019 e incluiu trabalhos científicos publicados entre o período de janeiro de 2013 a junho 2019. Para o efeito recorreu-se à pesquisa em bases de dados eletrónicas nacionais e internacionais,

designadamente através do motor de busca EBSCOHost Web nas seguintes bases de dados: Academic Search Complete, CINAHL Complete, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews e Cochrane Database of Systematic Reviews.

Seguindo as orientações de Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Antunes (2017), a etapa seguinte pautou-se pela definição dos critérios de inclusão e exclusão para as publicações selecionadas. Esta etapa é fundamental para assegurar a validade interna da revisão, de modo a permitir a generalização das conclusões fiáveis e amplas. Assim, todas as decisões tomadas têm de ter por base os critérios de inclusão e os critérios de exclusão dos estudos. Nesta investigação, os critérios de inclusão instituídos foram: estudos publicados entre 2013 e 2019, disponíveis em texto integral escritos em inglês, português ou espanhol, preferencialmente de elevada evidência científica e estudos sobre o tema que integrassem os descritores estabelecidos no seu resumo ou título. Os critérios de exclusão definidos foram: artigos não indexados às bases de dados das ciências da saúde, estudos que descrevessem intervenções realizadas por outros profissionais de saúde que não enfermeiros e estudos referentes ao parto na água ou no domicílio.

2.3. Apresentação dos resultados

Tendo por base a pesquisa acima mencionada, obtiveram-se um total de 347 artigos, dos quais 159 artigos foram excluídos devido ao período de tempo de janeiro de 2013 a junho 2019. Dos 188 artigos restantes, um artigo foi excluído devido a não estar escrito nas línguas pretendidas. Após a análise dos artigos, 75 artigos foram excluídos por se encontrarem duplicados, 73 artigos devido ao título, dois artigos devido ao resumo, seis artigos foram excluídos por abordarem o parto na água e/ou no domicílio e 20 artigos foram rejeitados após a leitura do conteúdo. Em síntese, foram incluídos 11 artigos, sendo três estudos qualitativos, duas revisões da literatura, uma abordagem interpretativa, um estudo controlado aleatório simples cego, um estudo de coorte transversal de base populacional, um ensaio randomizado controlado e duas revisões sistemáticas e de meta-análise. Após isso, ainda foi adicionado à seleção uma guideline da Organização Mundial de Saúde, devido a ser imprescindível para a fundamentação do trabalho, ficando no final um total de 12 artigos.

Na tabela a seguir é efetuada a análise dos artigos selecionados para esta revisão da literatura, de forma a reunir e sintetizar as informações chave a serem extraídas dos estudos selecionados (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Antunes, 2017). Nesta tabela é especificada a informação referente ao título, autores, ano de publicação, país, fonte, objetivo do estudo, metodologia, resultados, conclusões dos autores e nível de evidência (NE) dos artigos.

Para os autores Levin & Jacobs (2012), os seis níveis de evidência são apresentados sob a forma de uma pirâmide, permitindo categorizar os trabalhos segundo o seu nível de evidência. O nível mais elevado de evidência científica encontra-se no topo da pirâmide. Este nível, nível I, corresponde às evidências provenientes de revisões sistemáticas ou metanálises de todos ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados, o nível II deriva de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado, o nível III, as evidências são obtidas de estudos quase experimentais, derivados de ensaios clínicos bem delineados sem randomização, o nível IV a estudos não experimentais, o nível V diz respeito às evidências originárias de revisões narrativas da literatura, revisões sistemáticas descritivas e qualitativas e, finalmente, o nível VI, corresponde a trabalhos com menos evidência, como as opiniões de peritos, baseado na experiência clínica deles ou relatórios de comités de especialistas.

Tabela 2: Análise dos artigos selecionados

HOW CAN MIDWIVES PROMOTE A NORMAL BIRTH AND A POSITIVE BIRTH EXPERIENCE? THE EXPERIENCE OF FIRST-TIME NORWEGIAN MOTHERS.				
Ano	Autor	Publicação	País	Nível de Evidência
2017	Unn Dahlberg, Janicke Perse, Ann-Karin Skogås, Siv-Tonje Selboe, Helen Marit Torvik e Ingvild Aune	Sexual & Reproductive Healthcare	Noruega	Nível V
Objetivos	Obter uma compreensão mais profunda da experiência das mães pela primeira vez sobre como a parteira pode promover um parto natural e uma experiência positiva de parto.			
Metodologia/ Amostra	Estudo qualitativo. Doze mulheres entre os 22 e os 34 anos voluntariaram-se para participar no estudo. As mães tinham de falar norueguês, tinham de ser mães pela primeira vez, saudáveis e com um parto natural e uma experiência de parto positiva.			
Resultados	O estudo apresenta dois temas principais “ser visto como uma pessoa individual” e “perspetiva de promoção da saúde”. Do primeiro tema emergiu os subtemas “para seu cuidado” e a “importância de estar presente”. O primeiro subtema diz respeito à importância do tempo despendido pela parteira às mulheres, a relação criada com estas e a orientação fornecida, levando a sentimentos de segurança, confiança e calma. A importância de estar presente, refere-se à presença física e psicológica da parteira, que se reflete no cumprimento das necessidades e desejos das mulheres. Do segundo tema deriva o subtema “dar força interior e apoio” que enfatiza a orientação, treino e apoio das parteiras, promovendo o parto natural e o alívio da dor sem recurso aos métodos farmacológicos.			
Conclusão	As parteiras têm um papel importante em ajudar as mulheres a ter um parto normal e uma experiência de parto positiva; As mulheres querem ser cuidadas de forma individual, querem um relacionamento de confiança e a presença da parteira é fundamental, pois isto leva-as a sentirem-se seguras e cuidadas; A experiência das mulheres na gravidez e no parto <u>afeta o seu empoderamento e sentimento de confiança, mesmo numa perspetiva de promoção da saúde a longo prazo.</u>			
THE MEANING OF A VERY POSITIVE BIRTH EXPERIENCE: FOCUS GROUPS DISCUSSIONS WITH WOMEN				
Ano	Autor	Publicação	País	Nível de Evidência
2015	Annika Karlström, Astrid Nystedt e Ingegerd Hildingsson	BMC Pregnancy and Childbirth	Suécia	Nível V

Objetivos	Descrever a experiência das mulheres de uma experiência positiva de parto			
Metodologia/ Amostra	Estudo qualitativo descritivo. 212 mulheres foram convidadas para participar no estudo, mas só 26 mulheres é que preencheram os critérios de inclusão. As mulheres avaliaram o seu parto como muito positivo aos 2 meses após o parto e consentiram em participar numa entrevista e foram convidadas a participar em discussões de grupos focais.			
Resultados	O estudo apresenta dois temas principais: “experimentar a capacidade e força própria” e “ter relações de confiança e de apoio”. O primeiro tema refere-se aos sentimentos de confiança com expetativas positivas, à preparação física e mental da mulher e ao controlo e capacidade de relaxar. Isto atinge-se através da preparação individual da mulher para o trabalho de parto, assim como, através da presença do companheiro, levando a um papel mais ativo da mulher durante o parto. O segundo tema diz respeito aos sentimentos de segurança, aos sentimentos de ser visto e ouvido, à presença e apoio da parteira e ao trabalho em equipa entre os pais e os profissionais de saúde.			
Conclusão	É essencial em obstetrícia construir relações com as mulheres onde a confiança é mútua. As parteiras são um guia ativo durante a gravidez e o parto, sendo que é recomendado <u>informar as mulheres, incentivá-las e fornecer ferramentas para superar o desafio do parto. Também é recomendado convidar o companheiro a participar no processo de trabalho de parto e parto.</u>			
CREATING A POSITIVE PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE: SYSTEMATIC REVIEW AND METAANALYSIS OF PRENATAL AND INTRAPARTUM INTERVENTIONS				
Ano	Autor	Publicação	País	Nível de Evidência
2018	Mahshid Taheri, Amirhossien Takian, Ziba Taghizadeh, Nahid Jafari e Nasrin Sarafriz	BMC Reproductive Health	Irão	Nível I
Objetivos	Identificar intervenções atualmente bem-sucedidas disponíveis para criar uma perceção positiva da experiência do parto, que pode prevenir o trauma do parto psicológico.			
Metodologia/ Amostra	Revisão sistemática e meta-análise. Após a triagem de 7832 títulos/resumos, 20 estudos foram selecionados, incluindo 22800 participantes de 12 países. Ensaios clínicos randomizados de intervenções na gravidez ou durante o trabalho de parto que visavam melhorar a experiência de parto versus os cuidados habituais, tendo sido identificados desde 1994 a setembro de 2016.			
Resultados	Estratégias bem sucedidas para criar uma perceção positiva da experiência de parto <u>apoiaram as mulheres durante o parto</u> (taxa de risco = 1,35, intervalo de confiança 95%: 1,07 a 1,71), <u>cuidados intraparto com intervenção mínima</u> (taxa de risco = 1,29, intervalo de confiança 95%: 1,15 a 1,45), <u>preparação para o parto e atuação eficaz perante complicações</u> (diferença média = 3,27, intervalo de confiança 95%: 0,66 a 5,88). <u>A maioria das estratégias de relaxamento e alívio da dor não foram bem-sucedidas para criar uma experiência de parto positiva</u> (diferença média = -2,64, intervalo de confiança 95%: -6,80 a 1,52).			

Conclusão	Programas de apoio emocional para mulheres grávidas são aconselhados a serem implementados nos planos de saúde maternas dos países. <u>Estes programas incluem o apoio contínuo durante o trabalho de parto por uma pessoa familiar, incentivando o contacto físico através da massagem e é aconselhado a continuidade dos cuidados em obstetrícia.</u>			
WOMEN’S EXPERIENCE OF MIDWIFE-LED COUNSELLING AND ITS INFLUENCE ON CHILDBIRTH FEAR: A QUALITIVE STUDY				
Ano	Autor	Publicação	País	Nível de Evidência
2018	Birgitta Larsson, Ingegerd Hildingsson, Elin Ternstrom, Christine Rubertsson e Annika Karlstrom	Journal of the Australian College of Midwives: Women and Birth	Suécia	Nível V
Objetivos	Explorar as experiências das mulheres do aconselhamento fornecido por parteiras para o medo do parto			
Metodologia/ Amostra	Estudo qualitativo descritivo. Foram entrevistadas 27 mulheres acerca do medo do parto, sendo que estas receberam aconselhamento durante a gravidez em três hospitais diferentes da Suécia. Todas as autoras são parteiras com experiência clínica em aconselhamento para o medo do parto.			
Resultados	O tema geral “aconselhamento liderado pela parteira” trouxe sentimentos positivos e melhorou a confiança no parto. Este consistia em quatro subtemas que descreviam “a importância da parteira” e “um diálogo mútuo e fortalecedor” durante a gravidez. “Estratégias de coping e de apoio possibilitaram um parto positivo” e representaram as experiências das mulheres durante o parto, assim como “estar preparadas para um parto futuro” foram as ideias das mulheres para um futuro parto.			
Conclusão	<u>O aconselhamento liderado por parteiras torna as mulheres confiantes, com conhecimento, com uma sensação de calma e preparação, com o sentimento de fortalecimento, com uma autoconfiança para um parto futuro e diminui o medo do parto, levando a uma experiência de parto positiva.</u>			
THE EFFECT OF PRIMARY MIDWIFE-LED CARE ON WOMEN’S EXPERIENCE OF CHILDBIRTH: RESULTS FROM THE COSMOS RANDOMISED CONTROLLED TRIAL				
Ano	Autor	Publicação	País	Nível de Evidência
2015	HL McLachlan, DA Forster, M-A Davey, T Farrell,b M Flood, T Shafiei e U Waldenstrom	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Intrapartum care	Reino Unido	Nível I
Objetivos	Determinar o efeito do cuidado primário liderado pelas parteiras sobre as experiências de parto das mulheres.			
Metodologia/ Amostra	Estudo randomizado controlado. 2290 mulheres foram necessárias, tendo sido divididas em dois grupos aleatoriamente. Este artigo explora as avaliações das mulheres sobre a experiência de parto, sendo a experiência geral a principal medida. Foi assumido um mínimo de 800 mulheres por grupo aos dois meses.			

Resultados	As mulheres no grupo de casos foram mais positivas em relação à sua experiência geral de parto do que as mulheres no grupo do tratamento padrão (odds ratio ajustado 1,50, intervalo de confiança 95%: 1,22 – 1,84). Elas também sentiram-se mais no controlo durante o trabalho de parto, estavam mais orgulhosas de si mesmas, menos ansiosas e mais propensas a ter uma experiência positiva da dor.			
Conclusão	Em comparação com os cuidados básicos de maternidade, a enfermagem em saúde materna e obstétrica pode aumentar as experiências de parto das mulheres.			
EXPLORING THE STRATEGIES THAT MIDWIVES IN BRITISH COLUMBIA USE TO PROMOTE NORMAL BIRTH				
Ano	Autor	Publicação	País	Nível de Evidência
2017	Michelle M. Butler	BMC Pregnancy and Childbirth	Canadá	Nível IV
Objetivos	Examinar as experiências de parto normal, das parteiras na Columbia Britânica, os desafios que elas experimentam para manter o parto normal e as estratégias que elas próprias usam na sua prática de trabalho.			
Metodologia/ Amostra	Abordagem interpretativa. 14 parteiras participaram no estudo, sendo que estas tinham de ter pelo menos 5 anos de experiência como parteira.			
Resultados	Sete estratégias específicas foram identificadas pelas participantes para manter o parto normal: trabalhar com as mulheres desde o início da gravidez, escolha informada, ambiente do parto, observar e aguardar com atenção, gerir o trabalho de parto precoce, ajudar a lidar com o trabalho de parto e parto e ferramentas no kit de ferramentas.			
Conclusão	As parteiras têm um papel importante na promoção e no apoio ao parto normal. Este apoio começa desde o início da gravidez e tem de ser trabalhado em estreita colaboração com as mulheres, de forma a prepará-las para um parto normal, através de uma educação contínua, da discussão de escolhas informadas e uma gestão das expetativas.			
INTRAPARTUM SUPPORT: WHAT DO WOMEN WANT? A LITERATURE REVIEW				
Ano	Autor	Publicação	País	Nível de Evidência
2014	Mary Ross-Davie e Helen Cheyne	The Royal College of Midwives. Evidence Based Midwifery	Reino Unido	Nível V
Objetivos	Identificar até que ponto a natureza do apoio ao trabalho de parto molda a avaliação das mulheres sobre as suas experiências de parto.			
Metodologia/ Amostra	Revisão da literatura. A revisão da literatura foi realizada em julho de 2009 usando as bases de dados CINAHL, PsychINFO e NHS Scotland tendo sido selecionados 86 artigos. Foram acrescentados mais 60 artigos após uma pesquisa secundária. Em setembro de 2011 a pesquisa foi repetida para incluir artigos de 2009 a 2011, o que levou à revisão de mais 52 artigos. No final, o estudo ficou com uma amostra de 198 artigos.			

Resultados	O apoio intraparto tem sido extensivamente estudado nos últimos 50 anos e, isso inclui uma exploração substancial do apoio intraparto na avaliação das mulheres sobre as suas experiências de parto e as definições de apoio das mulheres. O estudo descobriu que o apoio era um fator central nas respostas das mulheres em relação ao parto.			
Conclusão	O apoio profissional contínuo está associado a níveis mais altos de satisfação materna e a sentimentos de tranquilidade, em comparação com o suporte intermitente. <u>O apoio está também associado a um maior controlo da mulher sobre o trabalho de parto e a um bem-estar emocional no período pós-natal. Para além disto, o estudo refere que o cuidado de cada mulher durante o trabalho de parto tem de ser adaptado individualmente às necessidades e preferências de cada mulher.</u>			
PREDICTORS OF WOMEN’S POSITIVE CHILDBIRTH PAIN EXPERIENCE: FINDINGS FROM AN ICELANDIC NATIONAL STUDY				
Ano	Autor	Publicação	País	Nível de Evidência
2017	Sigfridur Inga Karlsdottir, Herdis Sveinsdottir, Hildur Kristjansdottir, Thor Aspelund e Olof Asta Olafsdottir	Journal of the Australian College of Midwives: Woman and Birth	Austrália	Nível II
Objetivos	Descrever a experiência de dor de parto das mulheres e identificar preditores da experiência de dor de parto positiva das mulheres.			
Metodologia/ Amostra	Estudo de coorte transversal de base populacional. No total 726 mulheres participaram ao estudo, tendo sido a amostra por conveniência estratificada			
Resultados	Os preditores mais fortes para a experiência de dor de parto positivo das mulheres foram a atitude positiva em relação ao parto durante a gravidez, o apoio da parteira durante o parto, o uso de analgesia epidural e baixa intensidade de dor no parto.			
Conclusão	Há muitos fatores que afetam a experiência das mulheres com dor no parto, que os profissionais de saúde devem ter em mente ao planear os planos de prestação na gravidez e no parto. Assim, é recomendado que os profissionais de saúde <u>abordem este tema durante a gravidez e durante o parto para aumentar as hipóteses de uma mulher sentir dor no parto como algo positivo.</u>			
THE EFFECTS OF INTRAPARTUM SUPPORTIVE CARE ON FEAR OF DELIVERY AND LABOR OUTCOMES: A SINGLE-BLIND RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL				
Ano	Autor	Publicação	País	Nível de Evidência
2015	Gozde Gokçe Isbir e Pinar Serçekus	The Journal of Nursing Research	Turquia	Nível II
Objetivos	Avaliar os efeitos do apoio intraparto no medo do parto e nos parâmetros-chave do processo do trabalho de parto			
Metodologia/ Amostra	Ensaio controlado aleatório simples cego. Amostra de 77 participantes em que o grupo de intervenção e o grupo de controlo eram constituídos por 36 participantes cada um. O grupo de intervenção recebeu cuidados de suporte contínuo e o grupo de controlo recebeu atendimento hospitalar de rotina.			

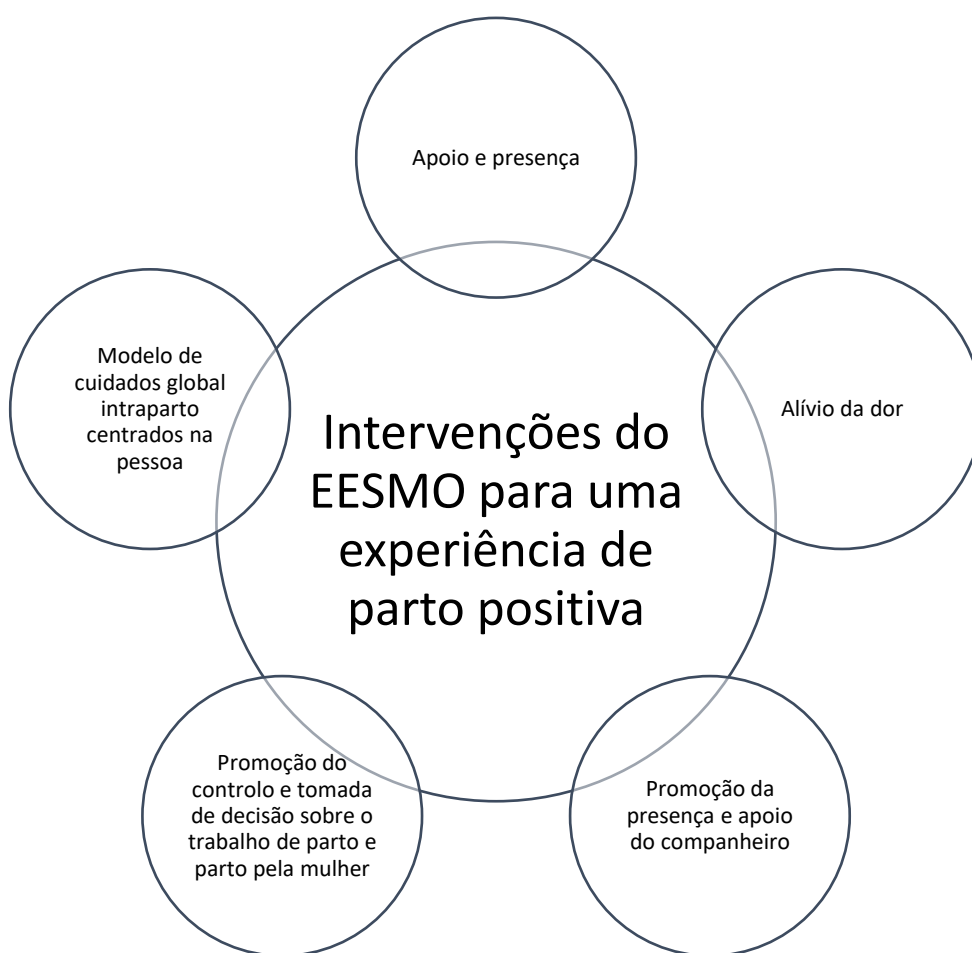
Resultados	O grupo de intervenção relatou menos medo do parto durante as fases ativa e transitória do parto, maior apoio e controlo durante o parto, menos dor durante a fase transitória do trabalho de parto e parto e menor tempo de parto do que o grupo de controlo (p<0,05).			
Conclusão	O apoio contínuo durante o trabalho de parto tem benefícios clinicamente significativos para as mulheres, pelo que é aconselhado que todas as mulheres recebam esse apoio durante todo o processo de trabalho de parto e parto.			
PAIN MANAGEMENT IN LABOUR AND CHILDBIRTH: GOING BACK TO BASICS				
Ano	Autor	Publicação	País	Nível de Evidência
2018	Roisin Lennon	British Journal of Midwifery	Irlanda	Nível V
Objetivos	Identificar como os profissionais de saúde podem mudar as perceções e fazer do trabalho de parto e parto uma experiência positiva e satisfatória para a mulher e para a sua família.			
Metodologia/ Amostra	Revisão narrativa da literatura.			
Resultados	Não aplicável.			
Conclusão	As parteiras têm de estar informadas para puderem fornecer informações às mulheres. Também devem explorar a melhor forma de implementar as recomendações mais recentes sobre os cuidados durante o trabalho de parto e parto. A preparação pré-natal também é importante pois serve para reduzir o medo e a ansiedade do parto.			
THE WOMAN’S BIRTH EXPERIENCE – THE EFFECT OF INTERPERSONAL RELATIONSHIPS AND CONTINUITY OF CARE				
Ano	Autor	Publicação	País	Nível de Evidência
2013	Unn Dahlberg e Ingvild Aune	Midwifery	Noruega	Nível I
Objetivos	Examinar como a continuidade relacional através da gravidez e do parto pode influenciar a experiência do parto.			
Metodologia/ Amostra	Revisão sistemática. 23 mulheres participaram no estudo tendo o projeto decorrido entre três e oito meses após o parto nos anos de 2009 a 2010.			
Resultados	Ambos os fatores, o efeito das relações interpessoais e a continuidade dos cuidados, mostraram ter experiências de confiança psicológica e um sentimento de trabalho em equipa com a estudante parteira. Também os dois fatores indicaram a importância da qualidade da relação. O primeiro fator apresentou experiências de presença e apoio emocional nas relações, assim como um sentimento de crescimento pessoal das mulheres. O fator dois foi definido pelas experiências de previsibilidade na relação e processo, bem como a sensação de interdependência na relação. De acordo com a qualidade na relação, as mulheres que definem o fator dois vivenciaram que o conteúdo e não apenas a continuidade na relação, foi importante para a experiência de parto.			

Conclusão	A continuidade das relações e a qualidade destas são elementos chave numa experiência positiva de parto. <u>A continuidade dos cuidados e o crescimento pessoal relacionado ao parto promove o empoderamento tanto para a mulher, como para o companheiro, assim como, oferece a oportunidade das parteiras prestarem cuidados de uma forma holística.</u>			
WHO RECOMMENDATIONS INTRAPARTUM CARE FOR A POSITIVE CHILDBIRTH EXPERIENCE				
Ano	Autor	Publicação	País	Nível de Evidência
2018	World Health Organization	World Health Organization	Suíça	Não aplicável
Objetivos	Melhorar a qualidade do cuidado intraparto com o objetivo final de melhorar os resultados maternos, fetais e neonatais.			
Metodologia/ Amostra	Guia de boas práticas. Não aplicável.			
Resultados	Não aplicável.			
Conclusão	O guia de boas práticas enfatiza a necessidade urgente de melhorar a qualidade dos cuidados em torno do trabalho de parto e parto em todos os ambientes. Assim, <u>é necessária uma mudança fundamental nas formas práticas em que os cuidados intraparto são prestados globalmente. A OMS propõe um modelo global de atenção intraparto que associe todos os domínios da estrutura de qualidade de atenção da OMS para a saúde materna e neonatal e que coloque a mulher e o seu bebé no centro da prestação de cuidados.</u>			

2.4. Discussão dos resultados

Nesta etapa da realização da revisão integrativa da literatura, analisamos e interpretamos os resultados obtidos, com o objetivo de dar resposta à questão de investigação. Assim, após a análise dos resultados encontrados, confirma-se o impacto das práticas do EESMO na experiência de parto positiva. No sentido de facilitar a compreensão dos resultados encontrados foram constituídas quatro temáticas principais, que organizam as diversas intervenções de enfermagem: “Apoio e presença do EESMO”, “Cuidados centrados na pessoa”, “Promoção do controlo e tomada de decisão sobre o trabalho de parto e parto pela mulher”, “Promoção da presença e apoio do companheiro à mulher” e “Alívio da dor”.

Figura 5: Contributo do EESMO para uma experiência de parto positiva



Apoio e presença do EESMO

O apoio e a presença da parteira é essencial para criar uma experiência de parto positiva para as mulheres, havendo a presença de sentimentos de segurança e de calma vividos por parte

destas durante o trabalho de parto e parto (Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson, & Karlström, 2018).

Ao longo da história, as mulheres receberam apoio durante todo o processo de parto, sendo que nesse tempo, esse suporte podia ser fornecido por alguém que não fosse médico. Este apoio tinha como objetivo aliviar a ansiedade, o desconforto, a solidão e exaustão da mulher e, tinha também como propósito assegurar as necessidades e desejos das mulheres (Isbir & Serçekus, 2015). Segundo a revisão da literatura realizada por Ross-Davie & Cheyne (2014), onde incluiu 91 artigos, desde a década de 1950 que é evidenciado o papel fundamental que o apoio profissional desempenha na satisfação geral das mulheres e na percepção da sua experiência de parto.

Segundo os autores Isbir & Serçekus (2015) e Ross-Davie & Cheyne (2014), os cuidados de suporte intraparto abrangem quatro dimensões: apoio emocional, apoio físico, apoio informativo e apoio à defesa dos direitos. O primeiro, o apoio emocional, é considerado o parâmetro mais importante durante o trabalho de parto e parto. Pode ser alcançado através da comunicação eficaz, da confiança e respeito fornecido à mulher, através da distração da atenção da mulher sobre o processo de trabalho de parto e permitindo que esta expresse os seus sentimentos, transformando os sentimentos negativos em sentimentos positivos. Há autores que reforçam o conceito do apoio emocional durante o trabalho de parto, pois este previne uma experiência negativa e traumática do parto (Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari, & Sarafriz, 2018). Também, é aconselhado apoiar as necessidades emocionais da mulher com empatia e compaixão, através do encorajar, do louvor, da reafirmação e da escuta ativa (World Health Organization, 2018). Já o apoio físico diz respeito à assistência direta à mulher, ao conforto durante o trabalho de parto e através do controlo do ambiente na sala de parto (luz, temperatura, número de pessoas presentes). O apoio informativo ou instrucional é relativo ao aconselhamento, à informação e ao feedback fornecidos pela parteira. O apoio à defesa dos direitos tem também um papel importante nos cuidados de apoio durante o trabalho de parto, que inclui a responsabilidade, o preservar e proteger a privacidade da parturiente, a confidencialidade, a solução de conflitos e o ter em conta as expectativas das futuras mães (Isbir & Serçekus, 2015; Ross-Davie & Cheyne, 2014). Assim, segundo a OMS (World Health Organization, 2018), este tipo de cuidados prestados designam-se de cuidados maternos de respeito e de atenção.

Uma meta-análise de seis estudos evidenciou que apoiar as mulheres durante o parto é uma intervenção eficaz e cria uma experiência de parto mais positiva (Taheri, Takian, Taghizadeh,

Jafari, & Sarafriz, 2018). Segundo Ross-Davie & Cheyne (2014), o apoio contínuo e de alta qualidade é fundamental para promover o parto normal, diminuir as intervenções médicas, melhorar a percepção das mulheres sobre a experiência de parto, promover uma adaptação positiva à maternidade e diminuir o risco de transtorno do stress pós-traumático ou outros problemas de saúde perinatais. Acrescenta ainda que as mulheres que recebem apoio contínuo durante o parto têm menor probabilidade de referirem insatisfação com a experiência de parto ou classificações e sentimentos negativos, comparado com mulheres que recebem apoio intermitente e, mencionam maior sensação de conforto, segurança e de tranquilidade, diminuição do medo e da ansiedade e, diminuição da dor sentida. Desta forma, para que os EESMO's proporcionem apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto, é aconselhado que estes tenham a seu cuidado apenas uma mulher/ casal/ família, de forma a centralizar todos os cuidados nestas pessoas.

O apoio fornecido pelo EESMO, nomeadamente o apoio emocional, é muito marcante para as mulheres, sendo que é um dos aspetos que as mulheres mais se lembram após o parto (Dahlberg & Aune, 2013). Os resultados do estudo de Isbir & Serçekus (2015) evidenciam que o apoio contínuo durante o trabalho de parto tem benefícios clinicamente significativos para as mulheres, logo o aconselhado é que todas as mulheres recebam esse apoio durante todo o processo de trabalho de parto e parto.

A presença do EESMO também é fundamental para a promoção da experiência de parto positiva. A presença física e psicológica do EESMO dá resposta às necessidades individuais da mulher e vê-a como uma pessoa única. As mulheres destacam a importância do tempo dispensado pelo EESMO durante o trabalho de parto e parto, onde elas podem fazer perguntas e debater sobre vários tópicos num ambiente calmo e relaxado. Este foi um fator importante que lhes permitiu sentirem-se seguras, confiantes e mais relaxadas (Dahlberg, et al., 2017).

A presença do EESMO na sala torna as mulheres mais seguras e calmas. Ajuda-as a enfrentar o desconhecido e a confiar no seu próprio corpo e nas suas próprias habilidades e capacidades. Já a saída desta da sala, leva a sentimentos de solidão e insegurança, que se manifestam numa maior ansiedade por parte da mulher e do parceiro e numa maior falta de confiança no EESMO, levando à diminuição da oportunidade do EESMO em criar uma relação com a mulher (Dahlberg, et al., 2017; Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson, & Karlström, 2018). Ross-Davie & Cheyne (2014) referem ainda que a maioria das mulheres quer uma enfermeira na sala de partos na maior parte do tempo, independentemente se a parturiente está acompanhada pelo parceiro

ou pela mãe. A presença dos EESMO's fomenta um sentimento positivo de apoio às mulheres e ajuda-as a lidar com o parto (Dahlberg, et al., 2017).

Para além de apoiar e estar presente, o EESMO tem de possuir certas características. Segundo Dahlberg, et al. (2017), existem cinco fatores principais na profissão de um EESMO, sendo estes: o cuidado profissional, a competência e sabedoria do EESMO, as habilidades interpessoais do EESMO e o desenvolvimento pessoal e profissional. Os autores acrescentam ainda que se um dos fatores estiver em falta, os cuidados prestados podem ser insuficientes. Butler (2017) e Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson, & Karlström (2018) afirmam que a capacidade de ouvir, a observação e espera cuidadosa, o monitorizar e vigiar de forma discreta, o conhecimento para dar informação, as estratégias para lidar com o parto, a boa comunicação e o facto do EESMO ser compassivo, gentil, solidário, conhecedor, relaxado, tranquilo e habilidoso vai influenciar a forma como a mulher sente e gere o medo (Dahlberg, et al., 2017).

O modo como o EESMO se relaciona com as mulheres e a sua maneira de estar, torna as mulheres mais confiantes, com o sentimento de serem cuidadas e com menos ansiedade e stress (Dahlberg, et al., 2017). Um relacionamento de confiança mútua e de respeito leva a que as mulheres se sintam mais seguras e calmas. A qualidade da relação e apoio que a mulher recebe proporciona a satisfação da mulher e é fundamental para a qualidade da assistência prestada (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015). Há autores que referem que esta relação deve ser criada ainda durante a gravidez para haver mais resultados no momento do parto (Dahlberg & Aune, 2013). Em parceria com o relacionamento, são igualmente importantes os reforços positivos, através dos elogios e do encorajar a mulher, para que a mulher acredite em si mesma (Ross-Davie & Cheyne, 2014).

A comunicação efetiva é uma característica essencial nos profissionais de saúde, nomeadamente entre as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica e as mulheres, de forma a garantir que os cuidados tenham em conta as necessidades e preferências da mulher em todos os contextos e configurações, através do uso de métodos simples e culturalmente aceitáveis (World Health Organization, 2018).

Mulheres que consideram as suas enfermeiras negativas ou indiferentes tendem a ter perceções mais negativas da experiência do parto (Ross-Davie & Cheyne, 2014). Similarmente, um dos principais fatores de uma experiência negativa do parto é o facto dos EESMO's não escutarem as mulheres e os seus parceiros, assim como não darem atenção à necessidade de ambos, não havendo a existência de apoio emocional. Logo, é aconselhado os EESMO's terem uma atitude positiva de forma a proporcionar uma experiência de parto positiva (Dahlberg & Aune, 2013).

Modelo de cuidados global intraparto centrados na pessoa

O cuidado centrado na pessoa é um conceito amplamente utilizado na enfermagem e nos cuidados de saúde em geral. A adoção desta abordagem à enfermagem proporciona um cuidado mais holístico. Além disso, pode aumentar a satisfação do utente com o nível de cuidado, reduzir os níveis de ansiedade entre os enfermeiros a longo prazo e promover o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde. A evidência existente é consistente em mostrar que os cuidados centrados na pessoa requerem a formação de relacionamentos terapêuticos entre profissionais, utentes e outras pessoas significativas, e que essas relações são construídas na base de confiança mútua, compreensão e partilha do conhecimento (McCormack & McCance, 2011).

A base da enfermagem centrada na pessoa compreende quatro construtos: os pré-requisitos, o ambiente de cuidado, os processos centrados na pessoa e os resultados esperados. A relação entre os construtos sugere que, para se obter os resultados esperados, tem de se ter em conta os pré-requisitos e o ambiente de cuidado que são necessários para fornecer cuidados eficazes através dos processos de cuidado (McCormack & McCance, 2011).

Os pré-requisitos dizem respeito aos atributos do enfermeiro, que incluem ser competente a nível profissional, desenvolver habilidades interpessoais, estar comprometido com o trabalho, ser capaz de demonstrar clareza em relação às crenças e valores e conhecer-se a si mesmo. A competência profissional refere-se ao conhecimento e à capacidade do enfermeiro para tomar decisões, dar prioridade aos cuidados e, inclui competência em aspetos físicos ou técnicos do cuidado. Desenvolver habilidades interpessoais reflete a capacidade do enfermeiro em comunicar em vários níveis. Já o compromisso com o trabalho é indicativo de dedicação e da oferta do melhor cuidado para o utente. A clareza de crenças e valores destaca a importância do enfermeiro conhecer as suas próprias opiniões e estar ciente de como isso pode ter um impacto nas decisões tomadas pelo cliente, estando intimamente ligado ao conhecimento de si mesmo e à suposição de que, antes de podermos ajudar os outros, precisamos de ter uma visão de como funcionamos como pessoa (McCormack & McCance, 2011).

O ambiente de cuidado concentra-se no contexto em que o cuidado é prestado e inclui uma variedade de habilidades apropriadas. Diz respeito aos sistemas que facilitam a tomada de decisão informada, às relações efetivas com a equipa de profissionais de saúde, aos sistemas organizacionais de apoio, à partilha de poder e ao potencial de inovação. As principais características do contexto decorrentes desses estudos incluem a cultura do local de trabalho, a qualidade da liderança em enfermagem e o comprometimento da organização com o uso de múltiplas fontes de evidências para avaliar a qualidade da prestação de cuidados. Reconhece-

se, no entanto, que o ambiente de cuidado tem um grande impacto na operacionalização da enfermagem centrada na pessoa e tem o maior potencial para limitar ou aumentar a facilitação de processos centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2011).

Os processos centrados na pessoa enfocam a prestação de cuidados por meio de uma série de atividades que operacionalizam a enfermagem centrada na pessoa e incluem nos cuidados as crenças e valores do utente, o envolvimento, a presença solidária, a partilha das tomadas de decisões e as necessidades físicas. Este é o componente da estrutura que dá maior importância ao utente, descrevendo a enfermagem centrada na pessoa num contexto da prestação de cuidados. Trabalhar com as crenças e valores dos utentes reforça um dos princípios fundamentais da enfermagem centrada na pessoa, o que dá valor ao desenvolvimento de uma imagem clara do que o utente valoriza sobre a sua vida e de como ele entende o que está a acontecer. Isso está intimamente ligado à tomada de decisão informada, ou seja, enfermeiros que facilitam a participação do utente, fornecendo informações e integrando perspetivas recém-formadas às práticas estabelecidas. Para além disso, é aconselhado envolver a pessoa num processo de negociação que tenha em consideração os valores individuais para formar uma base legítima para as tomadas de decisões, cujo sucesso se baseia em bons processos de comunicação (McCormack & McCance, 2011).

Os resultados são os esperados da enfermagem centrada na pessoa e incluem a satisfação com o cuidado, o envolvimento no cuidado, a sensação de bem-estar e a criação de um ambiente terapêutico descrito como aquele em que a tomada de decisão é partilhada, as relações de equipa são colaborativas, a liderança é transformacional e as práticas inovadoras são suportadas. A satisfação do cliente reflete a avaliação que o paciente faz sobre a sua experiência de cuidado e está bem documentada na literatura como um indicador de qualidade de atendimento (McCormack & McCance, 2011).

Na revisão integrativa da literatura há também autores que reforçam os cuidados centrados na mulher. Segundo Dahlberg, et al. (2017) e Ross-Davie & Cheyne (2014), é importante conhecer a mulher de forma atenta e individual, de forma a satisfazer as suas necessidades individuais em vez de ser um cuidado padronizado. Esse cuidado do EESMO tem como base uma abordagem holística onde os fatores fisiológicos, psicológicos, emocionais, culturais e espirituais compõem uma parte central do cuidado da obstetrícia. Os cuidados de obstetrícia, em que os EESMO's "trabalham com" em vez de "para" a mulher, preparam o caminho para um tratamento holístico. A presença a todos os níveis no relacionamento é central para a filosofia que sustenta o conceito de "estar com as mulheres" no cuidado da obstetrícia. "Estar com a mulher" envolve a criação

de um relacionamento de confiança entre o EESMO e a mulher que permitirá o crescimento pessoal (Dahlberg & Aune, 2013). Com essa abordagem, o EESMO pode ser capaz de promover um parto normal e uma experiência positiva de parto, mesmo nos casos em que isso não é esperado. A mulher também pode sentir o aumento da autoestima e do orgulho, enquanto aprende a pedir ajuda quando precisa. A isto podemos designar uma forma de empoderamento (Dahlberg, et al., 2017).

Promoção do controlo e tomada de decisão sobre o trabalho de parto e parto pela mulher

Outra intervenção que pode ser realizada pelo EESMO para tornar uma experiência de parto positiva é a promoção do controlo e da tomada de decisão sobre o trabalho de parto e parto pela mulher. É recomendado que os EESMOs informem, incentivem as mulheres e forneçam ferramentas para o parto. As mulheres necessitam de ter conhecimento sobre o seu processo de trabalho de parto e parto de forma a alcançarem o controlo e para serem capazes de tomar parte nas decisões (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015).

Fornecer informações às mulheres durante o trabalho de parto, faz com que estas sintam um conforto físico e emocional, sendo que é aconselhado ter início no período pré-natal e ser continuado durante o trabalho de parto. Isto ajuda as mulheres a prepararem-se cognitivamente e emocionalmente para o parto, aumentando a autoeficácia, diminuindo a dor e aumentando a capacidade das mulheres de gerirem o seu trabalho de parto, levando a uma experiência de parto positiva. Assim, é aconselhado que os EESMOs informem as parturientes sobre as rotinas da sala de parto, acerca do processo do trabalho de parto e das intervenções de relaxamento que podem ser realizadas (Isbir & Serçekus, 2015). A informação tem de ser partilhada com a mulher e adaptada às suas necessidades individuais, para que assim possam tomar decisões conscientes. Para os EESMOs fornecerem informações às mulheres, estas também têm de estar informadas, pelo que informação deve ser baseada em evidência científica e deve ser atualizada (Lennon, 2018). É aconselhado oferecer à mulher e à sua família as informações de que necessitam de forma clara e concisa, na língua falada pela mulher e pela família, evitando linguagem médica e, usando técnicas pictóricas, assim como materiais gráficos, quando necessários, para comunicar sobre processos e procedimentos (World Health Organization, 2018).

As mulheres gostam de receber informação contínua, através de uma abordagem orientada e tranquilizadora e, feedback sobre a sua capacidade de lidar com a situação, tornando-as em mulheres mais relaxadas e responsáveis durante o parto. É essencial abordar o processo de parto, a fisiologia do trabalho de parto e parto e as complicações obstétricas, para que estas

estejam cientes do que está a acontecer com os seus próprios corpos (Dahlberg, et al., 2017; Lennon, 2018). O aconselhamento fornecido pelo EESMO também se reflete em sentimentos positivos pela mulher, através de uma maior confiança para o parto, maior sentimento de afirmação, maior envolvimento nas tomadas de decisões, maior sensação de calma e preparação, maior empoderamento, diminuição do medo do parto e mais confiança para um parto futuro, resultando numa experiência positiva de parto (Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson, & Karlström, 2018).

Segundo Ross-Davie & Cheyne (2014) têm sido encontrados vários estudos que mencionam a importância da sensação de controlo por parte das mulheres durante a sua experiência de parto. As mulheres desejam ter controlo sobre as tomadas de decisões durante o parto e, quando não lhes é permitido, a satisfação com a experiência do parto diminui. Assim, há autores que referem que existem contribuintes para o controlo percebido durante o trabalho de parto, sendo estes: a tomada de decisão, o acesso a informações médicas, o enfrentar a dor, a autogestão, a autocompetência e o bem-estar emocional (Isbir & Serçekus, 2015; Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015). O sentimento de segurança devido a um ambiente de apoio, é fundamental para a parturiente ganhar controlo, permitindo gerir o seu trabalho de parto (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015).

As mulheres referem como positiva a própria capacidade e a sensação de controlo, que advém do aconselhamento e da forma como são cuidadas pela equipa de profissionais de saúde (Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson, & Karlström, 2018). De acordo com um estudo no Reino Unido, as mulheres cuidadas por EESMO's estão mais preparadas para o trabalho de parto, mais no controlo do processo e mais propensas a estarem satisfeitas. Acrescenta ainda que, os principais resultados foram que as mulheres sentiram-se no controlo durante o trabalho de parto, avaliaram a dor de forma menos negativa, apesar da intensidade da dor ser a mesma e, para além disso, ficaram orgulhosas da sua própria realização (McLachlan, et al., 2015). Outros autores mencionam que existe uma forte associação entre o apoio que as mulheres receberam durante o trabalho de parto e parto e o controlo que estas tiveram durante este processo, resultando num bem estar emocional no período pós-natal, o que se traduz na diminuição de eventos stressantes durante o trabalho de parto e na diminuição da possibilidade de trauma após o parto (Ross-Davie & Cheyne, 2014). Deste modo, é recomendado os EESMO's usarem o conhecimento para capacitar as mulheres a identificar as suas próprias forças e recursos para controlo durante todo o processo de trabalho de parto e parto (Karlsdottir, Sveinsdottir, Kristjansdottir, Aspelund, & Olafsdottir, 2017).

Promoção da presença e apoio do companheiro à mulher

A Organização Mundial de Saúde recomenda a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto, sendo este um companheiro à escolha da mulher. O acompanhante neste contexto pode ser qualquer pessoa escolhida pela mulher de forma a fornecer-lhe um apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto. Pode ser alguém da família da mulher ou da rede social desta, como o seu marido/ parceiro, uma amiga ou um parente, ou até um membro da comunidade. A presença do companheiro melhora o apoio às mulheres durante o trabalho de parto e parto, sendo um componente essencial nos cuidados de maternidade de respeito, encontrando-se de acordo com a abordagem baseada nos direitos humanos (World Health Organization, 2018).

O relacionamento e a presença do pai da criança é uma parceria de grande importância para as mulheres. A presença desta figura torna a mulher mais segura e confiante e com um sentimento de apoio. A maioria das mulheres concordou que era essencial ter o parceiro próximo, nomeadamente o pai da criança, pois este está bem consciente dos desejos e necessidades da mulher. Ajuda-as a lidar com o trabalho de parto, fornecendo incentivo e segurança. 325 mulheres que foram mães pela primeira vez, afirmam que o apoio do companheiro é um dos três preditores para uma experiência de parto positiva (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015). A necessidade de incluir o parceiro afirma algo sobre a importância de ter um foco familiar que pode levar à capacitação de toda a família. O apoio emocional do parceiro para a mulher é valioso e promove o bem-estar da nova família (Dahlberg & Aune, 2013). A evidência sugere que a companhia durante o trabalho de parto e parto reduz avaliações negativas de experiência de parto. Resultados de uma revisão de estudos qualitativos indicam que as percepções e experiências do trabalho de parto das mulheres com a presença de um companheiro, valorizam as medidas não farmacológicas como medidas de alívio da dor através dos companheiros, incluindo a presença destes através do segurar as mãos, da massagem, da respiração e técnicas de relaxamento. Os companheiros também ajudam as mulheres a adotarem posições alternativas para aliviar a dor, como agachar-se, sentar na bola e caminhar. Algumas mulheres também encontram conforto no apoio espiritual, quando os seus companheiros leem textos sagrados ou rezam. Os resultados apontam também que os companheiros ajudam as mulheres a sentirem-se autoconfiantes e melhoram a sua autoestima quando eles reconhecem e reforçam os esforços das mulheres, fornecendo incentivo e instruções para como manter o controlo e garantir que as mulheres estão conscientes das suas escolhas. No entanto, é importante que os desejos das mulheres sejam respeitados, incluindo aquelas que preferem não ter o companheiro presente (World Health Organization, 2018).

Durante o trabalho de parto e parto é fundamental não só o apoio da equipa de saúde, mas também do apoio e ajuda do parceiro para tornar uma experiência positiva de parto. O apoio do cuidador profissional é complementar, mas distinto do apoio fornecido por um parceiro. O apoio fornecido por alguém muito próximo da mulher, como já acima, é de grande benefício para esta e não substitui o apoio da enfermeira (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015; Ross-Davie & Cheyne, 2014).

Uma meta-análise de estudos que avaliaram o suporte durante o trabalho de parto revelou o efeito positivo da presença de um companheiro treinado na experiência do parto materno. Embora as abordagens de treino variem entre os estudos, o ponto comum dessas intervenções é a presença física e o apoio emocional do acompanhante. Os resultados mostraram que o apoio do trabalho de uma pessoa com uma relação próxima com a mulher grávida, em vez de uma pessoa contratada, foi mais eficaz na promoção de uma experiência positiva de parto (Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari, & Sarafraz, 2018). Para isso, é importante treinar a mulher e o seu parceiro em formas de lidar com a dor, como respirar, relaxar, usar a bola de pilates e adotar posições para alívio da dor, assim como, é aconselhado que o parceiro se sinta envolvido e apoiado durante todo o processo (Ross-Davie & Cheyne, 2014). É importante que os EESMO's incentivem o parceiro a fazerem parte de uma equipa na qual todos trabalham pelo melhor interesse da mulher e da criança (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015). Similarmente, os EESMO's têm de realizar educação pré-natal, pelo que necessitam de conversar com os parceiros das mulheres grávidas sobre como estes podem apoiar as mulheres durante o trabalho de parto (Butler, 2017).

Assim, mais atenção tem de ser dada ao papel desempenhado pelas parteiras e pelos parceiros durante o parto, já que este parece ser um dos fatores que as mulheres acreditam ser útil para ajudá-las a lidar eficazmente com o parto. Logo, as parteiras necessitam de envolver o parceiro e reconhecer a presença fundamental deste (Karlsdottir, Sveinsdottir, Kristjansdottir, Aspelund, & Olafsdottir, 2017; Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015).

Alívio da dor

A perceção da dor é um dos mais fortes indicadores da experiência geral do parto. As mulheres descrevem a dor no trabalho de parto como sendo diferente de qualquer outra dor que tenham experimentado e, relatam ainda como a dor mais memorável que já experimentaram. A dor de parto é identificada como um dos principais componentes da experiência do parto, sendo um tema importante para as mulheres e para os profissionais de saúde, pelo que precisa de ser

abordado durante a gravidez, durante o parto e o período pós-natal. (Karlsdottir, Sveinsdottir, Kristjansdottir, Aspelund, & Olafsdottir, 2017).

A experiência da dor de parto de mulheres é um fenômeno multifocal. Segundo os autores quatro temas principais explicam os esforços das mulheres para reduzir a dor do parto: preparação, apoio, controle e tomada de decisão (Karlsdottir, Sveinsdottir, Kristjansdottir, Aspelund, & Olafsdottir, 2017). A maioria das mulheres deseja alguma forma de alívio da dor durante o trabalho de parto, através de métodos farmacológicos ou de métodos não farmacológicos. Evidências qualitativas indicam que as técnicas de relaxamento podem reduzir o desconforto do trabalho de parto, aliviar a dor e melhorar a experiência do parto materno (World Health Organization, 2018).

Uma revisão sistemática da experiência de dor de parto das mulheres descreve uma forte correlação entre o controle pessoal e a satisfação com o alívio da dor. O sentimento de controle das mulheres, como elas lidam com a dor do parto e as escolhas que elas têm em relação ao alívio da dor durante o trabalho de parto estão todas ligadas a uma experiência positiva do parto (Karlsdottir, Sveinsdottir, Kristjansdottir, Aspelund, & Olafsdottir, 2017). Um estudo do mesmo autor anteriormente referido, menciona que apenas 35% das mulheres grávidas tiveram uma atitude positiva para a gestão da dor com recurso a um método farmacológico, enquanto 77% tiveram uma atitude positiva para o tratamento da dor sem recurso a um método farmacológico. Estudos relatam que as mulheres que sentiram muita dor durante o parto e as mulheres que tiveram uma experiência de parto negativo tiveram maior probabilidade de sofrer síndrome de stresse pós-traumático pós-parto do que aquelas que tiveram menos dor ou tiveram uma experiência positiva de parto. A investigação também indica que o alto nível de dor percebido pelas mulheres durante o parto é um dos fatores que tornam a experiência do parto traumática.

Uma revisão sistemática mostra que as mulheres geralmente experimentam um nível mais alto de dor no parto do que esperavam antes do parto. Essa lacuna entre as expectativas e a experiência pode ser uma das causas de uma experiência de parto negativa. Para além disto, mulheres que experimentaram dor de baixa intensidade durante o parto experimentaram a dor de forma mais positiva do que mulheres que experimentaram dor de alta intensidade (Karlsdottir, Sveinsdottir, Kristjansdottir, Aspelund, & Olafsdottir, 2017).

Vinte e três revisões sistemáticas reveladas pela Cochrane que investigaram diferentes métodos para apoiar e auxiliar as mulheres durante o trabalho de parto, referem técnicas de controle da dor, sendo estas: imersão na água, massagem, musicoterapia, reflexologia, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração controlada, treino mental, acupuntura, acupressão,

posições maternas, mobilidade durante a 1ª fase do trabalho de parto e analgesia epidural (Lennon, 2018; Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari, & Sarafraz, 2018). A OMS menciona ainda técnicas de relaxamento para alívio da dor que incluem, relaxamento muscular progressivo, respiração, música, e outras técnicas, que são recomendadas para mulheres grávidas saudáveis que solicitam alívio da dor durante o parto, sendo que a escolha destas técnicas vai depender das preferências da mulher. Já as técnicas manuais para alívio da dor dizem respeito à massagem ou aplicação de calor, através de compressas quentes (World Health Organization, 2018).

Existe um efeito positivo da massagem, realizado pelo EESMO ou pelo companheiro, pois leva a percepções mais positivas. Estudos acerca do efeito da musicoterapia realizados por Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari, & Sarafraz (2018), referem que os resultados da satisfação são significativamente maiores no grupo que recebeu distração através da musicoterapia durante o trabalho de parto do que no grupo de controlo. A música autoselecionada como técnica de relaxamento, é um elemento satisfatório na experiência da mulher. De acordo com as evidências atuais, a massagem e a música podem ser recomendadas clinicamente para melhorar as experiências de parto (Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari, & Sarafraz, 2018). Três de sete estudos da investigação de Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari, & Sarafraz (2018) referem que o relaxamento durante o trabalho de parto é eficaz para melhorar a experiência de parto. As técnicas de relaxamento são intervenções de custo relativamente baixo, pois a maioria dessas técnicas podem ser realizadas pela própria mulher, uma vez aprendidas, ou com o apoio de um companheiro. Uma revisão sistemática de estudos qualitativos que exploram a visão das mulheres sobre as opções de alívio da dor no trabalho de parto, estas relatam que as técnicas de relaxamento são um método aceitável e eficaz de alívio da dor, assim como, facilitam um ambiente de parto tranquilo e sentimentos aprimorados, como segurança, força, controlo e conexão, que contribuíram para uma experiência positiva de trabalho de parto e parto (World Health Organization, 2018). Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson, & Karlström (2018) aconselham a lidar com a dor através de técnicas de respiração, pois segundo o estudo, as mulheres aprendem a ouvir os seus próprios corpos. A Organização Mundial de Saúde encoraja o movimento e a verticalidade durante o trabalho de parto, em mulheres com gravidez de baixo risco, assim como incentiva as mulheres, com ou sem analgesia epidural, a escolherem a posição de parto, incluindo posições verticalizadas (World Health Organization, 2018). A analgesia epidural e a analgesia opióide também são usadas como alívio da dor. O uso de analgesia epidural constituiu um forte preditor para a experiência positiva de uma mulher com dor no parto (Karlsdottir, Sveinsdottir, Kristjansdottir, Aspelund, & Olafsdottir, 2017; World Health Organization, 2018).

As parteiras têm uma responsabilidade acrescida em ajudar a mulher a lidar com a dor durante o parto (Dahlberg, et al., 2017). A investigação de Ross-Davie & Cheyne (2014), onde foram entrevistadas 66 mulheres antes e após o parto, estas referiram que a mulher tem uma necessidade sustentada de outro ser humano por meio da presença de enfermagem para aliviar a dor, de forma a ter um desfecho seguro, a ter as suas crenças e atitudes aceites e receber cuidados prestados. Num estudo realizado na Austrália onde as mulheres grávidas foram questionadas sobre as suas preferências em relação ao alívio da dor no parto, referiram que a parteira é a pessoa preferida para o alívio da dor, em comparação com outras pessoas e outros métodos. Resultados de outros estudos indicaram que a qualidade dos cuidados às mulheres por parte das parteiras, influencia a experiência de dor das mulheres. Deste modo, o EESMO carece de ser sensível às necessidades físicas e emocionais das mulheres, sendo importante para estas e para os profissionais de saúde. O apoio contínuo dos EESMO's durante o parto mostrou reduzir o uso da epidural e aumentar a experiência positiva das mulheres no parto. Assim, como já foi referido anteriormente, é necessário dar mais atenção ao papel desempenhado pelos EESMO's e pelos companheiros durante o parto, devido a ser um dos fatores que as mulheres acreditam ser útil para ajudá-las a lidar eficazmente com a dor do parto (Karlsdottir, Sveinsdottir, Kristjansdottir, Aspelund, & Olafsdottir, 2017).

É aconselhado o EESMO fornecer apoio, motivação e feedback positivo, pois acredita-se que as parturientes recorrem menos aos métodos farmacológicos para alívio da dor e leva a uma maior autoeficácia da mulher, logo estamos perante um processo mais natural de parto. As mulheres necessitam de receber informações sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor por parte das enfermeiras e estas têm também de capacitar as mulheres a identificar as suas próprias forças e recursos para controlar a dor do parto (Dahlberg, et al., 2017; Isbir & Serçekus, 2015). É indicado que os profissionais de saúde comuniquem às mulheres as opções disponíveis para o alívio da dor nas suas instalações de parto e discutir as vantagens e desvantagens dessas opções como parte dos cuidados pré-natais. Os profissionais de saúde, nomeadamente, os EESMO's podem ter um forte impacto sobre o alívio da dor do parto e sobre os tipos de escolhas que as mulheres fazem em relação a essa necessidade (World Health Organization, 2018).

Segundo Karlsdottir, Sveinsdottir, Kristjansdottir, Aspelund, & Olafsdottir (2017) mais trabalho precisa de ser efetuado para determinar como é que as mulheres se podem preparar para a sensação de dor do parto e como os profissionais de saúde podem planear os serviços de gravidez e parto com os resultados da pesquisa atual em mente. Incorporar com sucesso novos

conhecimentos em cuidados pré-natais e perinatais pode aumentar a probabilidade das mulheres terem uma experiência positiva.

2.5. Conclusão

A realização desta revisão integrativa da literatura representa um método excepcional de aprofundar e consolidar habilidades no domínio da investigação em enfermagem, sobretudo no campo da especialidade em saúde materna e obstétrica. Nos dias de hoje, o exercício profissional da enfermagem exige a procura de conhecimento científico com o intuito de prestar cuidados baseados nos mais elevados padrões de qualidade. Neste sentido, a prática baseada na evidência direciona os enfermeiros na tomada de decisão com base nas evidências mais atuais, na competência clínica do profissional e nos valores e preferências do utente, no qual se traduzirá em verdadeiros ganhos de saúde para a comunidade.

Após a análise dos artigos científicos incluídos na revisão integrativa da literatura, concluímos que, segundo os estudos mais recentes, os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica têm um papel fundamental em ajudar as mulheres a ter um parto normal e a uma experiência positiva de parto. As mulheres querem ser atendidas como indivíduos, querem um relacionamento de confiança e a presença do EESMO é muito importante. As mulheres consideram a abordagem e o comportamento da parteira essenciais para a sua capacidade de se sentirem seguras e cuidadas. A abordagem individualizada e motivadora da parteira promove a força interior e a crença da mulher na sua própria força durante o parto. Para as mulheres, é importante sentirem-se fortalecidas para lidar com o processo do parto, o que, por sua vez, é crucial para alcançar um parto normal e uma experiência positiva. Para além disto, a presença de um acompanhante é valorizada, pois as mulheres sentem-se seguras, confiantes e apoiadas (Dahlberg, et al., 2017).

Para alcançar as melhorias necessárias para a qualidade da prestação dos cuidados intraparto, a OMS refere que é necessária uma mudança fundamental nas formas práticas em que os cuidados intraparto são prestados globalmente. A organização propõe um modelo global de atenção intraparto que associe todos os domínios da estrutura de qualidade de atenção da OMS para a saúde materna e neonatal e, que coloque a mulher e o seu bebé no centro da prestação dos cuidados. Deste modo é partilhada a ideia de que o cuidado mais efetivo é aquele no qual a mulher se mostra como figura central e as suas necessidades são destacadas, em detrimento das exigências dos profissionais e instituições (World Health Organization, 2018).

A procura de conhecimento sobre a importância e percepção da mulher face às práticas obstétricas é fundamental para refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados pelo EESMO. Neste contexto, esperamos que os resultados deste estudo possam estimular reflexões entre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado e os gestores das instituições de saúde, apontando fragilidades e fortalezas, indicando caminhos a serem seguidos, favorecendo mudanças de comportamentos e objetivando a prestação de cuidados de excelência.

Compreendemos ainda que a integração de práticas como as intervenções que o EESMO desenvolve para que as parturientes tenham uma experiência de parto positiva, num contexto de obstetrícia com um perfil e história de desempenho biomédico acreditamos que não será uma tarefa fácil, mas antes desafiante e até persistente.

Neste contexto, sugerimos para a prática, dos EESMO's, a adoção do modelo centrado na pessoa no sentido de cuidar com base nas necessidades reais, em cuidados, de acordo com a cultura e a singularidade da mulher e família. Também sugerimos o recurso ao consumo dos resultados de investigação no sentido de problematizar e desenvolver práticas emancipatórias, de forma a empoderar a mulher e casal, para a tomada de decisão esclarecida, em à relação sua participação e responsabilidade no seu parto e nascimento, para que o mesmo seja por eles considerada como uma experiência positiva.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Da análise e reflexão sobre percurso efetuado durante a unidade curricular denominada estágio profissionalizante, ressalta que a elaboração deste relatório e a investigação no âmbito da contribuição do EESMO para uma experiência de parto positiva, proporcionou-nos uma importante oportunidade para adquirir conhecimentos e competências promotoras de um desenvolvimento pessoal e profissional. Este estágio decorreu de um conjunto de situações vivenciadas durante todo o caminho educativo, o que conduziu a uma análise reflexiva, permitindo a assimilação dos saberes alcançados e impulsionando a tomada de decisão de forma consciente e ponderada.

O processo reflexivo possibilitou o grande domínio de conhecimentos e competências que exige cuidar em saúde materna e obstetrícia. A prática reflexiva consiste na capacidade de examinar as ações e a experiência individual, resultando no desenvolvimento da prática e no aperfeiçoamento do conhecimento clínico. Também é um atributo essencial para o desenvolvimento de profissionais autónomos, críticos e avançados (Caldwell & Grobbel, 2013). Para além disto, a oportunidade de contactar com diferentes realidades, em situações de resolução de problemas durante a prática clínica, proporcionou um pensamento crítico-reflexivo que levou à integração de conhecimentos e à uniformização das práticas, impulsionando a tomada de decisão e a autonomia na prestação de cuidados especializados de qualidade e culturalmente competentes.

Durante todo o processo de estágio e o período de elaboração do relatório foi possível aplicar na prática conhecimentos e metodologias adquiridos durante o percurso académico. De forma inversa, as experiências proporcionadas em estágio permitem também uma reflexão e pesquisa, de forma a consolidar conhecimentos. Recorreu-se, assim, à evidência científica para suportar todas as intervenções realizadas, através da pesquisa em base de dados e literatura cinzenta (livros e artigos de revistas científicas em enfermagem, em enfermagem de saúde materna e obstétrica e em investigação), de forma a contribuir para a construção de uma enfermagem com conhecimentos próprios e científicos e, portanto, na excelência da profissão enquanto ciência humana e arte de cuidar. O desenvolvimento do estágio de natureza profissional contribuiu para fortalecer competências adquiridas ao longo da formação académica. Tendo em conta os

diferentes campos de intervenção do EESMO, é importante referir que para concretizar esta etapa foi necessário mobilizar conhecimentos no âmbito das áreas de obstetrícia, psicologia da gravidez e maternidade, de socioantropologia da maternidade, farmacologia, monitorização biofísica fetal e o cuidado de enfermagem na gravidez, trabalho de parto e parto, pós-parto e cuidados ao recém-nascido. Deste modo, foram atingidas as competências, o nível de conhecimento exigido, gradualmente, aliando a formação teórica à prática profissional durante o estágio.

A aquisição e desenvolvimento de competências do EESMO foram sustentadas na Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de setembro de 2005. Esta diretiva preconiza que para a atribuição do título de enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica, o estudante deve realizar, ao longo do seu percurso: consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais; vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco; vigilância e cuidados a pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos saudáveis; observação e prestação de cuidados a RN's de risco e mulheres com situações patológicas do foro obstétrico e ginecológico; vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes; realização de, pelo menos, 40 partos e, quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, poderá ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos; participação ativa em partos de apresentação pélvica e em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação; realização da prática de episiotomia e iniciação à sutura (Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, 2005). Visando esta diretiva e no âmbito do regulamento da especialização em saúde materna e obstétrica, considerámos que as competências descritas relativas à prestação de cuidados na gravidez, trabalho de parto e parto e puerpério foram alcançadas. Relativamente ao parto pélvico, foram simulados dois partos pélvicos na escola. De forma a facilitar a compreensão os números das experiências atingidos ao longo do estágio, os dados foram apresentados em figuras nos capítulos anteriores.

Surgiu a necessidade de integrar os conhecimentos teóricos de investigação em enfermagem com a problematização de uma temática de interesse para a prática do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, através da realização de uma revisão da literatura. Esta permitiu identificar algumas intervenções de enfermagem para tornar uma experiência de parto positiva, sendo que foi privilegiado o cumprimento das intervenções recomendadas pela evidência científica. A realização de revisões integrativas é fundamental no sentido de contribuir para a investigação de um determinado tema, podendo este tipo de

investigações apresentar resultados completos, incluindo diferentes pontos sobre o tema em questão.

Consideramos que este relatório evidencia as atividades relevantes para a aquisição das competências, habilidades, conhecimentos e aptidões do enfermeiro de saúde materna e obstétrica, enquanto agente que atua diretamente nos cuidados à mulher, recém-nascido e família, durante todo o processo de gravidez, parto e pós-parto e, que procura a melhor evidência científica para desenvolver boas práticas atualizadas. Após analisarmos os objetivos de estágio inicialmente traçados para o desenvolvimento e crescimento de futuras enfermeiras de saúde materna e obstétrica, podemos dizer que foram adquiridas as competências consideradas como fundamentais para a prestação de cuidados especializados à mulher/família durante a gravidez, trabalho de parto e parto e puerpério. Podemos afirmar que a realização deste estágio foi uma experiência única, de um enriquecimento pessoal e profissional. Para esta realidade foi fundamental o nosso envolvimento de forma empenhada, interessada, proativa e assídua.

CONCLUSÃO

Finalizado este período de aprendizagem, apresentamos um relatório, organizado com base nas evidências científicas mais recentes e das experiências vividas nos campos do estágio de natureza profissional. A reflexão sobre o desempenho de qualquer atividade que realizemos assume sempre uma relevância extrema. O relatório de estágio promove esta atitude e permite analisar com eficiência o desempenho da atividade, contribuindo para melhorar estratégias ou alterar futuros projetos de estágio. Assim, este resulta da reflexão e análise das competências e atividades desenvolvidas na prática de cuidados especializados, que foi possível devido não só aos conhecimentos previamente adquiridos, mas também através da procura constante de informação atualizada e recontextualização dos saberes baseados na evidência mais atual.

Este relatório permitiu-nos realizar uma autoavaliação do trabalho realizado, através da identificação das atividades que contribuíram para o desenvolvimento pessoal, dos fatores que influenciaram o desempenho, bem como a identificação das necessidades formativas e expectativas. Mais do que a descrição e fundamentação dos cuidados prestados durante o estágio, evidencia também o esforço efetuado ao longo destes dois anos para o processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências.

No decorrer da prática clínica nos diferentes serviços, a nossa principal preocupação foi o aperfeiçoamento e continuidade dos cuidados, individualizando-os a cada mulher, casal e família, através da centralização dos cuidados e, de modo fazer a diferença no seu acompanhamento. Foi fundamental conhecer a mulher de forma atenta e individual, de forma a satisfazer as suas necessidades individuais de uma forma culturalmente competente, em vez de prestarmos um cuidado padronizado. Deste modo, tivemos como base uma abordagem holística onde os fatores fisiológicos, psicológicos, emocionais, culturais e espirituais fizeram parte central do cuidado da enfermagem em saúde materna e obstétrica (Dahlberg, et al., 2017; Ross-Davie & Cheyne, 2014).

Na gravidez com complicações foi possível prestar cuidados personalizados, a grávidas com patologias de risco como ameaça de parto pré-termo, restrição do crescimento intrauterino, diabetes gestacional, doenças hipertensivas e colestase intra-hepática da gravidez. Durante o trabalho de parto e parto foram prestados cuidados específicos em cada período, nomeadamente no período de dilatação, no período expulsivo e na dequitação. No puerpério,

foi possível prestar cuidados específicos a puérperas, casais e recém-nascidos em contexto de internamento, de forma a promover o apoio da família, orientar sobre o processo de recuperação e autocuidado do pós-parto, bem como incentivar a amamentação e instruir e orientar sobre os cuidados ao RN.

O curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica, para além de ir ao encontro das nossas aspirações na vida profissional, permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências na área, criando a possibilidade de desenvolver habilidades no campo da investigação. A investigação em enfermagem é fundamental para a sua progressão enquanto ciência do conhecimento. Deste modo, compreende-se a importância dos enfermeiros problematizarem continuamente as práticas, com o recurso à prática baseada na evidência e com o suporte da investigação, de forma a contribuir para cuidados mais eficazes, seguros e significativos para os utentes. Relativamente à PBE, apesar dos objetivos iniciais terem sido atingidos, os resultados expressos neste relatório evidenciam a necessidade de mais estudos de investigação que reforcem e consolidem as intervenções do EESMO para melhorar a qualidade dos cuidados. Assim, com o objetivo de tornar visível este compromisso de verificar e refletir as práticas à luz da evidência científica mais recente, procurámos fundamentar a tomada de decisão sobre um dos temas mais importantes na área dos cuidados especializados e das competências do EESMO. Neste sentido, a realização de uma revisão de literatura permitiu analisar a evidência científica mais atual sobre a contribuição do EESMO para uma experiência de parto positiva. A pesquisa foi desenvolvida, tendo como ponto de partida o recurso a estudos adequados e atualizados sobre as intervenções a adotar nesta temática.

Após a análise dos resultados da pesquisa, emergem intervenções que o EESMO deverá realizar de forma a contribuir para uma experiência de parto positiva. Assim, as principais intervenções de enfermagem dizem respeito: ao apoio e à presença do EESMO; ao modelo de cuidados global intraparto centrados na pessoa de McCormack e McCance; à promoção do controlo e tomada de decisão sobre o trabalho de parto e parto pela mulher; à promoção da presença e apoio do companheiro à mulher; e ao alívio da dor.

A OMS refere que é necessária uma mudança fundamental nas formas práticas em que os cuidados intraparto são prestados globalmente, de forma a alcançar as melhorias necessárias para a qualidade da prestação dos cuidados durante o trabalho de parto e parto. Esta propõe um modelo global de atenção intraparto que associe todos os domínios da estrutura de qualidade de atenção da OMS para a saúde materna e neonatal, colocando a mulher e o seu bebé no centro da prestação dos cuidados (World Health Organization, 2018).

No entanto, podemos afirmar que estes resultados podem constituir um contributo para que o EESMO possa desenvolver as suas práticas com base na melhor e mais recente evidência, na prestação de cuidados durante o parto, para que as implicações sejam o mais positivas, tanto para a mãe como para o casal. Porém, a sugestão pela adoção de um modelo de competência cultural e ou o modelo de cuidados centrados na pessoa pode dar resposta a condição proposta pela OMS, para a saúde materna e neonatal, onde coloca a mulher e o seu bebé no centro da prestação dos cuidados para que outras intervenções possam ser realizadas. Todavia, sugerimos e reconhecemos desta forma, que é necessária mais investigação sobre esta temática, através de estudos, mais abrangentes, sob outras metodologias para produzir um conhecimento consistente que sirva de suporte e guia orientador aos EESMO's para a uma prática científica e personalizada conducente a uma vivência inesquecível e positiva para a mulher casal e família.

Os objetivos previamente definidos para a elaboração do estágio e do relatório foram alcançados, na medida em que procedemos à descrição e fundamentação das competências adquiridas no domínio dos cuidados de enfermagem especializados, bem como experienciámos a realização de um estudo que nos permitiu adquirir competências em investigação. Quanto à metodologia adotada, considerámos que foi a mais adequada, já que os resultados que através dela emergiram, têm potencialidades para garantir a excelência dos cuidados prestados à grávida, casal, recém-nascido e família.

No que se refere às dificuldades sentidas foram a falta de experiência enquanto enfermeira nesta área. No entanto, a nossa motivação e o esforço aliado ao empenho, à sabedoria e competência das nossas orientadoras revelaram-se uma mais valia, facilitando a integração aos novos contextos de cuidados. Inicialmente observávamos a forma como os procedimentos se efetuavam em cada um dos locais, assistindo à prestação dos mesmos pela enfermeira orientadora que, gradualmente, foi partilhando a sua execução, permitindo-nos desenvolver autonomia e confiança. Desta partilha de cuidados surgiram momentos de reflexão sobre a prática, com a docente da ESEP. Os gestos de incentivo, foram fonte de grande estímulo e motivação no contexto da prática clínica e, também, durante a pesquisa bibliográfica e a escrita deste relatório permitindo-nos desenvolver o sentido crítico e incentivando-nos a evoluir e a tentar fazer sempre melhor.

Em suma, somos da opinião de que as experiências vivenciadas, superaram as expectativas iniciais e conseguimos ultrapassar todos os obstáculos, chegando à meta final. Importa realçar que o percurso profissional se constrói com base em aprendizagens constantes e que a mudança de comportamentos e atitudes por parte dos profissionais de saúde assume uma elevada

importância em qualquer momento do seu percurso profissional, pois é sempre possível cooperar para a excelência da qualidade dos cuidados que se prestam.

No final deste percurso, é possível fazer um balanço extremamente positivo de toda a experiência. Este olhar retrospectivo para o percurso realizado, marca o final de uma etapa repleta de desafios, cuja conclusão se pauta por sentimentos de orgulho e gratidão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, C., Sousa, F., Firmiano, M., & Coelho, T. (2017). Protocolo Clínico Assistência ao Parto e Nascimento. Universidade Federal do Ceará. Obtido de <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.003+-+R1+ASSIST%C3%8ANCIA+AO+PARTO+E+NASCIMENTO.pdf/6d02ef1c-027b-40c9-9a3f-5a8e942a50c4>
- Almeida, M., Dorés, J., & Ruas, L. (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), pp. 24-38.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Fetal Growth Restriction - Practice Bulletin Numer 134. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 121(5), pp. 1122-1133. doi:10.1097/01.AOG.0000429658.85846.f9.
- Andrade, R., Santos, J., Maia, M., & Mello, D. (2015). Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), pp. 181-186. doi:10.5935/1414-8145.20150025
- Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The Systematic Review: An Overview. *American Journal of Nursing*, 114(3), pp. 53-58. doi:10.1097/01.NAJ.0000444496.24228.2c.
- Ayres-de-Campos, D., & Reis, Z. (2015). Avaliação da vitalidade e monitorização fetal intraparto. Obtido em 18 de junho de 2019
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C., & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131, pp. 13-24. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Barbosa, M., Moreira, S., & Ferreira, S. (2017). Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33, pp. 41-47. doi:<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v33i1.12022>
- Brown, M., Magee, L., Kenny, L., Karumanchi, S., McCarthy, F., Saito, S., . . . Ishaku, S. (2018). The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy*, pp. 1-20. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10803
- Butler, M. (2017). Exploring the strategies that midwives in British Columbia use to promote normal birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(168), pp. 1-12. Obtido em 21 de dezembro de 2018
- Caldwell, L., & Grobbel, C. (2013). The Importance of Reflective Practice in Nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), pp. 319-326. Obtido de <http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4.%20us%20La.Caldwell.pdf>
- Chair, M., Aziz, K., Escobedo, M., Kapadia, V., Kattwinkel, J., Perlman, J., . . . Weiner, G. (2015). Neonatal Resuscitation: Guideline. pp. 543-559. doi:<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000267>

- Chrisman, J., Jordan, R., Davis, C., & Williams, W. (2014). Exploring evidence-based practice research. *Nursing made Incredibly Easy!*, 12(4), pp. 8-12. doi:10.1097/01.NME.0000450295.93626.e7
- Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience - The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), pp. 407-415. doi:10.1016/j.midw.2012.09.006
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H., & Aune, I. (2017). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, pp. 2-7. doi:10.1016/j.srhc.2015.08.001. Epub 2015 Aug 12.
- Direção Geral da Saúde. (2015). Indução do trabalho de parto. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional de Vacinação 2017.
- Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho. (7 de setembro de 2005). *Jornal Oficial da União Europeia*, 1-121. Obtido de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=PT>
- Druzin, M., Shields, L., Peterson, N., & Cape, V. (2013). Improving Health Care Response to Preeclampsia: A California Quality Improvement Toolkit. *California Maternal Quality Care Collaborative*. Obtido de https://pqcnc-documents.s3.amazonaws.com/cmp/cmpresources/CMQCC_Preeclampsia_Toolkit_1.17.14.pdf
- Ferreira, L. (2018). *Administração de Imunoglobulina Anti-D em Mulheres Rh Negativo*. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília. Obtido de http://bdm.unb.br/bitstream/10483/20588/1/2018_LeticiaAlvesFerreira_tcc.pdf
- FIGO. (2016). The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertension: An evidence-based guide to monitoring, prevention and management.
- Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 353-355). Lisboa: Lidel.
- Francisco, A., Oliveira, S., Leventhal, L., & Bosco, C. (2013). Crioterapia no pós-parto: tempo de aplicação e mudanças na temperatura perineal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(3), pp. 555-561. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300005>
- Galvão, T., & Pereira, M. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1), pp. 183-184. doi:10.5123/S1679-49742014000100018
- Gomes, G., & Santos, A. (2017). Assistência de Enfermagem no Puerpério. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(2), pp. 122-131. doi:<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407>
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). Amsterdão: Elsevier.

- Inácio, I. (2016). Diabetes Gestacional. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 200-205). Lisboa Lidel.
- Isbir, G., & Serçekus, P. (2015). The Effects of Intrapartum Supportive Care on Fear of Delivery and Labor Outcomes: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nursing Research*, pp. 1-8. doi:10.1097/jnr.0000000000000129
- Johnson & Johnson. (2013). Guía de cuidados de la piel recién nacido e del bebé. Recomendaciones basadas en la evidencia y en las buenas prácticas. *Revista Matronas Profesión*, 14(Supl. 4), pp. 1-50.
- Karino, M., & Felli, V. (2012). Enfermagem Baseada em Evidências: Avanços e Inovações em Revisões Sistemáticas. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11, pp. 11-15.
- Karlsdottir, S., Sveinsdottir, H., Kristjansdottir, H., Aspelund, T., & Olafsdottir, O. (2017). Predictors of women's positive childbirth pain experience: Findings from an Icelandic national study. *Journal of the Australian College of Midwives: Women and Birth*, 31(3), pp. 1-7. doi:10.1016/j.wombi.2017.09.007
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15(1), pp. 1-8. doi:https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0
- Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C., & Karlström, A. (2018). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Journal of the Australian College of Midwives: Women and Birth*, 32(1), pp. 88-94. doi:https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.008
- Lennon, R. (2018). Pain management in labour and childbirth: Going back to basics. *British Journal of Midwifery*, 26(10), pp. 637-641. doi:https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.10.637
- Levin, R., & Jacobs, S. (2012). Developing and Evaluating Clinical Practice Guidelines: A Systematic Approach. Em M. Bolts, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicker, *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols For Best Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company, LLC.
- Levine, T., Grunau, R., McAuliffe, F., Pinnamaneni, R., Foran, A., & Alderdice, F. (2015). Early Childhood Neurodevelopment. *Pediatrics*, 135(1), pp. 127-141. doi:10.1542/peds.2014-1143.
- Li, F., Wu, T., Lei, X., Zhang, H., Mao, M., & Zhang, J. (2013). The Apgar Score and Infant Mortality. *PLOS ONE*, 8(7), pp. 1-8. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069072
- Magro, C., Guerreiro, E., & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo. Em M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 211-215). Lisboa: Lidel.
- Marques, M. (2014). *Manual de Boas Práticas no Parto Normal*. Tese de Mestrado, Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Évora. Obtido de <http://www.rdp.uevora.pt/bitstream/10174/13022/2/MANUAL%20BOAS%20PR%C3%81TICAS%20PARA%20CD.pdf>

- Mateo, S., & Tobajas, J. (2013). *Obstetricia para Matronas - Guía práctica*. Madrid: Panamericana.
- Mateo, S. C., & Tobajas, J. J. (2013). *Obstetricia para Matronas. Guía práctica*. Madrid: Panamericana. Obtido em 17 de junho de 2019
- McCormack, B., & McCance, T. (2011). Developing person-centred care: addressing. *Journal of Issues in Nursing*, 16(2). Obtido em 18 de dezembro de 2019, de <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No2-May-2011/Developing-Person-Centred-Care.html>
- McDonald, E., & Brown, S. (2013). Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, pp. 823-830. doi:10.1111/1471-0528.12166
- McDonald, S., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review). *The Cochrane Library*, pp. 1-60. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074.pub3>
- McLachlan, H., Forster, D., Davey, M.-A., Farrell, T., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2015). The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomized controlled trial. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Intrapartum care*, 123, pp. 465-474. doi:<https://doi.org/10.1111/1471-0528.13713>
- Montenegro, C. B., & Rezende, J. (2014). *Obstetrícia Fundamental* (13ª ed.). Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan.
- Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C., & Ayres de Campos, D. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-fetal* (3ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Moore, A., Shan, W., & Hatzakorzian, R. (2013). Predicting early epidurals: association of maternal, labor, and neonatal characteristics with epidural analgesia initiation at a cervical dilation of 3 cm or less. *Local and Regional Anesthesia*, 6, pp. 25-29. doi:10.2147/LRA.S46686
- Morais, S., & Mimoso, G. (2013). Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congénita. Sugestões. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(6), pp. 343-347. Obtido de <https://core.ac.uk/download/pdf/61498468.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Diabetes in pregnancy: Management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. *NICE*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. *NICE guideline*. Obtido de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*, 2ª série(35). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2ª série*(26). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pelecki, M., Francisco, A., & Oliveira, S. (2017). Terapias de alívio da dor perineal no pós-parto. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(2). doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005880015>
- Phillips, R. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, pp. 67-72. doi:10.1053/j.nainr.2013.04.001
- Prada, F., & Rafael, M. (2016). Partograma. Em M. Néné, R. Marques, & M. Amado Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 348-352). Lisboa: Lidel.
- Ramos, A. (2014). *Esperança no Contexto da Gravidez de Risco - Contributo para o estudo da esperança no processo gravídico de risco médico, psicológico e social*. Dissertado de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/582/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_An%20Marta%20Ramos.pdf
- Ross-Davie, M., & Cheyne, H. (2014). Intrapartum support: what do women want? A literature review. *The Royal College of Midwives. Evidence Based Midwifery*, 12(2), pp. 52-58.
- Santos, M., & Baptista, M. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-472). Lisboa: Lidel.
- Saviani-Zeotim F. & Petean, E. B. (2015). Apego materno-fetal, ansiedade e depressão. *Estudos de psicologia*, 32(4), pp. 675-683. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000400010>
- Sentilhes, L., Sénat, M.-V., Ancel, P.-Y., Azria, E., Benoist, G., Blanc, J., . . . Langer, B. (2016). Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *CNGOF*, pp. 1-26. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.12.035
- Sharma, D., Shastri, S., & Sharma, P. (2016). Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects. *Pediatrics*, pp. 67-83. doi:10.4137/CMPed.S40070
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). *Cochrane Library*, pp. 1-93. Obtido em 5 de Março de 2019, de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/epdf/full>
- Smyth, R., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. doi:10.1002/14651858.CD006167.pub4.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, A. (2017). A metodologia da revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp.

- 17-26. Obtido em 19 de Maio de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and metaanalysis of prenatal and intrapartum interventions. *BMC Reproductive Health*, 15(1), pp. 1-13. doi:<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Management of preterm labor. *ACOG*, 127(1), pp. 29-38. doi:10.1097/AOG.0000000000001711
- The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). (2015). *Initiative on Gestational Diabetes Mellitus: A Pragmatic Guide for Diagnosis, Management, and Care* (Vol. 131). London: Elsevier.
- The National Institute for Health and Excellence. (2015). Preterm labour and birth: full guideline. *NICE*. Obtido de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25/resources/preterm-labour-and-birth-pdf-1837333576645>
- Vilarinho, L., Pinho e Costa, P., & Diogo, L. (2015). *Programa Nacional de Diagnóstico Precoce*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Williamson, C., & Geenes, V. (2014). Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 124(1), pp. 120-133. doi:10.1097/AOG.0000000000000571
- World Health Organization. (2017). *10 Facts on Breastfeeding*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>
- World Health Organization. (2017). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors.
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.